

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE. 1923

THÈSE

POUR

350

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

Traitement opératoire du Prolapsus génital

DES FEMMES AGÉES

par le cloisonnement du Vagin

(Procédé de L. LE FORT)

PAR

LÉONCE SABADINI

Ancien Interne provisoire des Hôpitaux de Paris

Président : M. J.-L. FAURE, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1923

001

350

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

ONE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1923

THÈSE

N° _____

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

Traitement opératoire du Prolapsus génital

DES FEMMES AGÉES

par le cloisonnement du Vagin

(Procédé de L. LE FORT)

PAR

LÉONCE SABADINI

Ancien Interne provisoire des Hôpitaux de Paris

Président : M. J.-L. FAURE, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

—
1923

Faculté de Médecine de Paris

DOYEN.....

PROFESSEURS.....

Anatomie.....
Anatomie médico-chirurgicale.....
Physiologie.....
Physique médicale.....
Chimie organique et chimie générale.....
Bactériologie.....
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....
Pathologie et Thérapeutique générale.....
Pathologie médicale.....
Pathologie chirurgicale.....
Anatomie pathologique.....
Histologie.....
Pharmacologie et matière médicale.....
Thérapeutique.....
Hygiène.....
Médecine légale.....
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....
Pathologie expérimentale et comparée.....

Clinique médicale.....

Hygiène et clinique de la 1^{re} enfance.....
Clinique des maladies des enfants.....
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.....
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....
Clinique des maladies du système nerveux.....
Clinique des maladies contagieuses.....

Clinique chirurgicale.....

Clinique ophtalmologique.....
Clinique des maladies des voies urinaires.....

Clinique d'accouchement.....

Clinique gynécologique.....
Clinique chirurgicale infantile.....
Clinique thérapeutique.....
Clinique oto-rhino-laryngologique.....
Clinique thérapeutique chirurgicale.....
Clinique propédeutique.....

M. ROGER

MM.

NICOLAS
CUNEO
CH. RICHET
André BROCA.
DESGREZ
BEZANÇON
BRUMPT
MARCEL LABBE
N.
LECENE.
LETULLE
PRENANT
RICHAUD
CARNOT
LÉON BERNARD
BALTHAZARD
MÉNTRIÉRIER
ROGER
ACHARD
WIDAL
GILBERT
CHAUFFARD
MARFAN
NOBECOURT

CLAUDE
JEANSELME
PIERRE MARIE
TEISSIER
DELBET
LEJARS
HARTMANN
GOSSET
DE LAPERONNÉ
LEGUEU
BRINDEAU
JEANNIN
COUVELAIRE
J.-L. FAURE
AUGUSTE BROCA
VAQUEZ
SEBILEAU
DUVAL
SERGENT

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ABRAMI
ALGLAVE
BASSET
BAUDOIN
BLANCHETIÈRE
BRANCA
CAMUS
CHAMPY
CHEVASSU
CHURAY
CLERC
DEBRE
DESMAREST

DUVOIR
FIESSINGER
GARNIER
GOUGEROT
GREGOIRE
GUENIOT
GUILLAIN
HEITZ-BOYER
JOYEUX
LABBE (HENRI)
LAIGNEL-LAVASTINE
LANGLOIS

LARDENNOIS
LE LORIER
LEMIERRE
LEQUEUX
LEREBoullet
LERI
LEVY-SOLAL
MATHIEU
METZGER
MOQUOT
MULON
OKINCZYC
PHILIBERT

RATHERY
RETTERRER
RIBIERRE
ROUSSY
ROUVIERE
SCHWARTZ (A)
TANON
TERRIEN
TIFFENEAU
VILLARET

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation



A LA MÉMOIRE DE MA SOEUR

Trop rapidement enlevée à mon affection.

A MON PÈRE

LE DOCTEUR D. SABADINI

CHIRURGIEN DES HOPITAUX D'ALGER

*Mon premier maître et mon guide
durant mes études, qui m'a fait
profiter de sa longue expérience et
a su m'inculquer ses principes de
droiture et d'honnêteté profession-
nelle et son amour pour la chirurgie.*

A MA MÈRE

A MA FEMME

A MES ENFANTS

A MM. LES DOCTEURS

JEAN SABADINI

M. PARODI

MES CAMARADES D'ÉTUDES

A M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ MÉRY

MÉDECIN DES HÔPITAUX DE PARIS

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Qui fut un maître dévoué et n'a cessé de me manifester un intérêt bienveillant, j'exprime toute ma gratitude.

A MM. :

LE DOCTEUR SEZARY

MÉDECIN DES HÔPITAUX DE PARIS

LE DOCTEUR G. HEUYER

MÉDECIN DES HÔPITAUX DE PARIS

Qui au cours de mes études furent pour moi des conseillers bienveillants, amicaux et dévoués, j'exprime ma reconnaissance affectueuse.

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX D'ALGER

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR J.-I. FAURE

PROFESSEUR DE CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE DE LA FACULTÉ
DE PARIS

CHIRURGIEN DE L'HÔPITAL BROCA
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX DE PARIS

Externat

1912-1913

M. LE PROFESSEUR PIERRE DELBET
M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ P. MOCQUOT
M. LE DOCTEUR BRECHOT

1913-1914

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ MERY

1914

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ M. LOEPER

1919-1920

M. LE DOCTEUR MILIAN

1920-1921

M. LE DOCTEUR SAVARIAUD

1921-1922

M. LE DOCTEUR RUDAUX

Internat Provisoire

1922-1923

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ HEITZ-BOYER

1923 1924

M. LE DOCTEUR DENIKER

Introduction

Dans ce modeste travail, nous aurons surtout pour but de contribuer à réhabiliter une opération qui n'a pas connu jusqu'ici la faveur à laquelle il semblait qu'elle eût droit : l'opération de Le Fort, ou cloisonnement du vagin. Nous dirons tout à l'heure dans quel oubli presque complet elle était tombée et comment la faveur des gynécologues semble devoir depuis peu se tourner vers elle. Cependant, pour fixer les idées, nous voulons, dès maintenant, établir les conditions de cette résurrection.

Conçue à une époque où la plupart des colpo-périnéorraphies actuelles n'étaient pas encore nées, le cloisonnement du vagin devait, dans l'esprit de ses auteurs, s'exécuter dans la plupart des cas de prolapsus génital, quel que fût l'âge de la malade. Il était évident que dans ces conditions il devait se heurter à deux écueils : s'il était solide et suffisant comme moyen de contention, il privait la femme de son sexe ; s'il permettait une vie génitale active, il ne pouvait que se montrer insuffisant comme moyen de cure. Il était donc normal que dans ces conditions les colpo-périnéorraphies le détrônassent facilement.

C'est l'insuffisance même de ces dernières, dans les cas de prolapsus sénile, et la possibilité de proposer à la

femme qui a terminé sa vie sexuelle une oblitération totale ou partielle de son vagin, qui permettent aujourd'hui de remettre en honneur, dans ces cas, le cloisonnement du vagin. On voit que le domaine de l'opération est beaucoup plus restreint qu'il avait paru devoir l'être à l'origine. Mais dans ce domaine limité, il semble bien qu'elle apparaisse comme l'intervention de choix.

Une opération qui, née pour une certaine catégorie de malades, connaît sa vraie fortune sur un champ plus restreint, et cela au bout de près d'un demi-siècle, ne saurait évidemment présenter, pendant toute cette période, une technique immuable. Nous nous attacherons donc, après avoir montré l'évolution des idées en matière de cloisonnement du vagin, à décrire la technique sous laquelle celui-ci se présente aujourd'hui.

Nous fixerons ensuite les indications et les contre-indications de cette opération, qui, à vrai dire, apparaissent facilement dès ces premières lignes. A cette occasion, nous nous efforcerons d'exposer les avantages de l'intervention et de répondre aux critiques qu'on lui a faites. Nous verrons, à ce sujet, avec quelles autres interventions elle peut être mise en parallèle et quelles sont les indications respectives de ces diverses opérations.

Enfin nous exposerons les résultats de l'opération de Le Fort modifiée, telle que nous l'aurons décrite, telle que la pratiquent les auteurs qui la préconisent aujourd'hui. Plusieurs parmi ceux-ci ont bien voulu nous communiquer les observations que l'on trouvera à la fin de

ce travail ; ce dont nous sommes heureux de les remercier ici.

Nous tenons particulièrement à exprimer toute notre gratitude à MM. les Docteurs Savariaud et Deniker qui ont été pour nous des maîtres bienveillants, et pour qui nous conserverons toujours une profonde reconnaissance.

Le Cloisonnement du Vagin

(Opération de Le Fort)

Parmi les nombreuses techniques opératoires proposées pour la cure des prolapsus génitaux, le cloisonnement du vagin, opération décrite il y a plus de cinquante ans par Neugebauer à Varsovie et par Le Fort en France, semblait, au cours de ces dernières années, avoir perdu droit de cité. Des procédés plus récents, mieux adaptés aux conditions cliniques de la plupart des prolapsus, l'avaient complètement éclipsé. Il faut reconnaître que les contre-indications n'en avaient pas à l'origine été suffisamment respectées, peut-être parce qu'elle n'avaient pu être nettement posées, à cette époque où les opérations tendant à la reconstitution du périnée, aux plasties et aux fixations utérines et vaginales, n'avaient pas encore cours. Peut-être aussi les insuccès de la méthode, dus, comme on est à peu près unanime à le penser aujourd'hui, à une technique insuffisante, en ont-ils détourné beaucoup de gynécologues. Quoi qu'il en soit, ce procédé avait presque disparu de la pratique chirurgicale de ces dernières années.

Il semble vouloir connaître aujourd'hui, sous une forme un peu modifiée, et dans des conditions différentes

de celles que fixèrent ses promoteurs, une fortune meilleure. Quelques études, parues au cours de ces toutes dernières années, notamment un travail de la Clinique Chirurgicale de Lyon, de Cotte et Creyssel (1), ont rappelé l'attention sur lui. Il a fait, tout récemment, à la Société de Chirurgie de Paris (2), l'objet d'un rapport, et d'une discussion qui n'est pas encore terminée. Enfin il est à prévoir que le prochain Congrès de Chirurgie, à l'ordre duquel figurent les différents procédés de cure des prolapsus génitaux, le tirera de l'oubli où il a été injustement laissé et lui donnera la place qu'il mérite parmi les interventions vagino-périnéales.

Pour notre part, nous essaierons surtout, dans ce modeste travail, de fixer les indications, les contre-indications et la technique du cloisonnement du vagin. Ainsi qu'il en est arrivé de la plupart des interventions chirurgicales, c'est pour s'être insuffisamment préoccupé, dans la pratique de l'opération de Le Fort, de ces différents points, qu'on a connu insuccès et déboires. L'expérience de nos prédécesseurs, l'enrichissement de notre patrimoine chirurgical, nous permettent aujourd'hui de ne pas retomber dans les errements du passé, et de réserver le cloisonnement du vagin aux cas où il est nettement indiqué, et où il donne — de l'avis de maîtres tels que J.-L. Faure — des résultats pour la plupart du temps supérieurs à ceux des périnéoraphies communes.

(1) Traitement du prolapsus génital des vieilles femmes par le cloisonnement du vagin (opération de Le Fort). *Journal de Chirurgie*, 1922, T. XX n° 2, p. 145.

(2) *Soc. de Chirurgie de Paris*. Séance du 16 mai 1923 et suivantes ; in *Bull. et Mém. de la Soc.* T. XLIX Nos 17 et suivants.

Historique

L'opération de cloisonnement du vagin, dans ses traits essentiels, est de beaucoup antérieure aux travaux du chirurgien qui y a attaché son nom. En 1823, Romain Gérardin, médecin français de Metz, semble avoir, le premier, conçu et réalisé le projet de s'opposer au prolapsus par une suture médiane, après avivement, des parois antérieure et postérieure du vagin, transformant ainsi ce conduit en deux conduits séparés qui ne permettaient plus l'issue de l'utérus.

En 1867, Neugebauer, de Varsovie, reconnaissant l'efficacité du procédé de Romain Gérardin, exécute pour la première fois, dans le cas de prolapsus utérin, une opération qui ne diffèrait que très peu du procédé de Gérardin : il avivait sur les parois antérieure et postérieure du vagin, loin de l'orifice vulvaire et un peu en dehors de la ligne médiane, deux surfaces rectangulaires d'étendue réduite (4 cm. $\frac{1}{2}$ de long sur 2 cm. $\frac{1}{2}$ de large) qu'il réunissait par opposition au moyen de fils de cuivre ou d'argent. De 1867 à 1880, Neugebauer pratiqua 11 fois, avec 10 succès complets, cette intervention, qu'il ne décrivit d'ailleurs qu'en 1881, sous le nom d'*élytrorrhaphia mediana sive elytrocleisis partialis mediana*.

Dix ans après les premiers essais de Neugebauer, le professeur Léon Le Fort, sans connaître, semble-t-il, les travaux du chirurgien de Varsovie, décrit un procédé nouveau pour la guérison du prolapsus, procédé qu'il communique à la Société de chirurgie de Paris (1877).

Le Fort pensait que le prolapsus utérin était toujours secondaire à une cystocèle : « Ce qui sort à la vulve avant l'utérus, disait-il, c'est la partie de la muqueuse vaginale la plus rapprochée de l'orifice vulvaire, le reste suivant comme par une sorte de déplissement ». Donc, empêcher le vagin de glisser en dehors, c'était empêcher l'utérus de l'y suivre. Or « si l'on maintient en rapport les parois antérieure et postérieure du vagin, on les empêche, en s'écartant, de laisser passer les parties profondes de ce conduit ». Pour cela point n'était besoin d'un avivement très étendu des surfaces à accoller : il suffisait d'une bride cicatricielle assurant « un contact intime, permanent et limité des parois vaginales antérieure et postérieure ».

Aussi la technique de Le Fort diffère-t-elle à peine de celle de Neugebauer : la cloison vaginale, un peu plus longue (6 cm.), est même un peu moins large (2 cm.).

Il réalisait ainsi un cloisonnement partiel du vagin qui, dans son esprit, devait gêner à peine l'accouchement et pas du tout la copulation.

On conçoit que cette dernière stipulation ait nui au succès de la communication de Le Fort. La notion d'une bride cicatricielle gênant « à peine » un accouchement, et suffisant cependant à assurer un soutien effectif et durable à la colonne vagino-utérine, est à priori peu sédui-

sante. D'autre part, les observations apportées par Le Fort portaient sur des cas trop récemment opérés pour qu'on pût apprécier les résultats lointains de l'intervention. Celle-ci fut jugée sans valeur par ses collègues, qui, pour la plupart d'ailleurs, ne croyaient pas, alors, à la possibilité d'une guérison chirurgicale définitive du prolapsus génital.

Si l'expérience ne permet pas de souscrire aujourd'hui aux affirmations de Le Fort, qui croyait sa technique à la fois efficace contre le prolapsus et applicable chez des femmes dont la vie sexuelle n'est pas terminée, du moins son procédé est-il intéressant à plus d'un point de vue. Cette technique, ainsi que le font remarquer Cotte et Creyssel, témoigne même de la présence dans l'esprit de son auteur, d'une idée entièrement nouvelle : à savoir que toute cette opération vaginale devait se passer à ciel ouvert, le prolapsus ne se réduisant que progressivement au cours de la suture, au lieu d'être exécutée très péniblement, au fond du vagin, après réduction préalable de l'utérus. Point de technique qui nous paraît aujourd'hui tout simple, mais dont l'établissement a été riche de conséquences au point de vue de l'exécution opératoire.

Le Fort et ses imitateurs n'acceptèrent d'ailleurs pas la condamnation dont son procédé avait été l'objet. Au cours des années qui suivirent sa communication malheureuse à la Société de Chirurgie, d'assez nombreux succès furent publiés par les chirurgiens qui avaient bien voulu essayer sa méthode. Il ne semble pas, à en juger par leur attitude, que l'opinion des membres de la Société de Chirurgie en ait d'ailleurs été modifiée.

Cependant, Hicquet (de Liège) communiquait 3 succès, présentés par Le Fort en 1879 ; Panas 1 succès, chez une malade opérée antérieurement et inutilement par Tillaux, qui lui avait fait un rétrécissement vulvaire. Les résultats éloignés heureux s'accumulaient, la proportion des échecs restant, semble-t-il, minime. Certaines observations paraissaient probantes : telle celle de Zancarol (d'Alexandrie), où la malade étant venue mourir à l'hôpital de tuberculose pulmonaire, 27 mois après son opération vaginale, on put constater, à l'autopsie, qu'aucune récidive ne s'était produite malgré les quintes de toux, et qu'il persistait une cloison vaginale solide, maintenant parfaitement l'utérus. Bref, en 1889, Le Fort, dans la thèse de son élève André (3) pouvait affirmer que sur les 40 observations de cloisonnement recueillies en France à cette date, il n'y avait eu que 5 insuccès, dont 2 au moins étaient dus nettement à l'indocilité des malades.

A l'étranger, il semble que le cloisonnement ait, à cette époque, connu des succès comparables :

En Allemagne, en Autriche, en Russie, l'opération de Neugebauer se répandait assez rapidement : Sokolof, exposant dans les *Annales de Gynécologie* les résultats obtenus par Slavjansky de 1881 à 1884, rapporte sur 14 interventions : 10 succès après une seule intervention, 4 succès après une réintervention. Parmi cette série, relevons, à titre de curiosité, le cas d'une femme qui accoucha 7 mois après l'opération, par simple section de la

(3) André. *Thèse de Paris*, 1889.

cloison médio-vaginale, et dont le prolapsus n'aurait pas récidivé après l'accouchement !

En Amérique, dès 1881, Fanny Berlin, déçu par l'insuffisance des méthodes chirurgicales alors employées dans son pays comme moyens de cure des prolapsus, tente l'opération de Le Fort et obtient 3 succès.

Au cours des années ultérieures, les travaux des auteurs anglo-saxons semblèrent non moins favorables à la méthode : tels ceux de Gaillard, Thomas, Winckel, Anna Broomel, Mary Schmitt, Elisa Cushes, Mary Allen, qui rapportent des cas heureux.

D'ailleurs, peu à peu, la technique s'améliorait, les indications se précisaient. Il est même intéressant de constater que, dès cette époque, on voit les idées, en cette matière, évoluer dans le sens des modifications qui nous permettent aujourd'hui de présenter l'opération de Le Fort, non pas comme une curiosité du passé, mais comme une intervention actuellement utile.

Peu après 1880, Eustache (de Lille), après deux échecs attribués par lui à la minceur de la cloison réalisée par la technique primitive de Le Fort, porte de 2 à 4 centimètres la largeur des surfaces avivées et suturées ; à la suite de cette modification, les succès durables se font plus nombreux, et Eustache, pour sa part, guérit 4 malades, guérisons contrôlées plusieurs mois après l'intervention. « Ces résultats, disent Cotte et Creyssel, l'amènent à inspirer la thèse de Brunet, où il s'efforça de préciser les indications et contre-indications de la méthode ».

Le souci de définir les cas où l'opération de Le Fort apparaît plus particulièrement indiquée et de leur en ré-

server le bénéfice, apparaît également de façon nette dans l'étude très documentée que Charles E. Taft fit paraître, en 1889, dans *The international Journal of medical Sciences*. Les conclusions de cet auteur, très favorables à l'opération de Le Fort, s'appuient sur les nombreux travaux des auteurs anglo-saxons que nous avons cités plus haut. Point particulièrement digne de remarque, et qui nous fait prévoir l'opinion actuelle sur les contre-indications tirées de l'âge de la malade, Charles E. Taft réserve l'intervention aux femmes ayant passé l'époque de la ménopause.

Cette précision nouvelle aurait dû permettre à la méthode un essor nouveau en améliorant ses résultats. Mais, quand on étudie, à travers les générations chirurgicales, le sort d'une méthode opératoire, il ne faut pas perdre de vue que la dite méthode n'évolue pas en vase clos, et que son histoire subit le contre-coup des faits chirurgicaux contemporains. L'opération de Le Fort, qui semblait, vers 1890, devoir conquérir droit de cité parmi les opérations efficaces dirigées contre le prolapsus, se vit fortement concurrencer par les nouvelles interventions de plastique vaginale décrites depuis 1880. Sans doute on pouvait s'attendre à ce que le succès croissant de ces dernières fassent poser plus rarement l'indication de l'opération de Le Fort. Mais on ne pouvait penser que cette intervention dût disparaître presque entièrement des habitudes chirurgicales en gynécologie opératoire.

C'est pourtant ce qui se produisit.

Le Congrès français de Chirurgie de 1896 consacre la défaite du cloisonnement du vagin. Parmi les rapports

présentés à cette assemblée sur la question du traitement des prolapsus génitaux, les uns omettent complètement de signaler cette méthode, les autres ne la mentionnent que pour la rejeter : Routier, ancien chef de clinique de Le Fort, confesse avoir trouvé le procédé séduisant, mais dit l'avoir abandonné. Quant à Richelot, il dit : « Ce procédé ne peut réussir qu'à condition d'aviver de larges surfaces » et nous pourrions encore avaliser cette déclaration ; mais il ajoute tout aussitôt que, même au prix de l'oblitération presque complète du vagin, le procédé « ne mérite pas beaucoup de confiance ». « J'ai vu, dit-il, la partie inférieure du conduit, flasque et sans soutien, entraîner la cloison, qui sort tout entière, s'effile et s'atrophie, comme si une force active exerçait des tractions pour la rompre ».

Il est certain qu'au cours de ces dernières années, la plupart des auteurs français et étrangers ignoraient la méthode ou ne lui accordaient qu'un intérêt rétrospectif et historique. La plupart, sans l'avoir jamais employée, la condamnent sévèrement. Les plus indulgents en parlent comme d'une chose du passé et non sans désinvolture : « Si sa description figure dans les traités classiques, dit à peu près Barozzi, c'est par habitude ; et nous ne craindrons pas de manquer à cette pieuse coutume, ce qui, nous en sommes persuadé, ne chagrinerà personne ».

Cependant, l'opération de Le Fort, conservait pendant tout ce temps, quelques fidèles irréductibles, qui, restreignant ses indications premières, et améliorant sa technique originale, la considéraient encore comme susceptibles, dans certains cas, de rendre de réels services.

A Bordeaux, une série d'auteurs : Dubourg, Lannelongue, Chavonnaz, continuaient à l'employer et ne cachaient pas leur surprise de la voir aussi généralement abandonnée. J.-L. Faure, dans le *Traité de Gynécologie médico-chirurgicale*, la considère comme donnant en pratique, dans les prolapsus complets, des résultats excellents ; et dans la troisième édition du traité de J.-L. Faure et Siredey, tout récemment parue, cette appréciation élogieuse a été maintenue. A l'étranger, quelques auteurs : Wyatt (1912-1913), Fothergill, Eden, Griffith et Lockyer, Trossen (1917), Berkeley et Donney (1920) insistent pour que leurs collègues n'abandonnent pas une intervention qu'ils considèrent comme injustement méprisée.

Et, tout dernièrement, il semble que l'ère des réparations se soit ouverte pour la vieille opération de Le Fort.

En 1920, Douay, chef de clinique de J.-L. Faure, publie dans *Gynécologie et obstétrique* (1) un article sur le « prolapsus génital sénile » où il dit : « Il nous paraît bien injuste d'avoir laissé dans l'ombre, au cours de la discussion à la Société de Chirurgie (2), une opération bien française, imaginée, employée et décrite plus de vingt ans avant celle de Müller. C'est l'opération de Le Fort ou cloisonnement du vagin... Mon maître, le professeur J.-L. Faure, l'emploie fidèlement depuis toujours ».

En 1922, Cotte et Creyssel, dans un remarquable article que nous avons cité dès le début de cette étude, et

(1) *Gynécologie et obstétrique* 1920 T II N° 4. p. 258.

(2) *Bull. Soc. Chir.*, 11 et 25 mai 1920.

auquel nous aurons maintes fois l'occasion d'avoir recours, apportent une statistique de 12 cas personnels. V. Combier et J. Murard (du Creusot), adressent à la Société de Chirurgie, un travail sur la question, illustré de 8 observations, travail qui fit l'objet d'un rapport de Chifoliau à la Société et amorça une discussion des plus intéressantes, laquelle se poursuit actuellement.

Enfin, J.-L. Faure, Hartmann, Savariaud et Deniker, tant dans les travaux qu'ils ont inspirés, que dans leur pratique personnelle, considèrent le cloisonnement du vagin à la manière de Le Fort, mais élargi, comme une opération digne d'être proposée et exécutée dans la plupart des cas de prolapsus génital sénile.

Le moment semble donc propice pour fixer, d'après ces différents auteurs, la technique d'une opération qui, certes, a ses contre-indications, mais qui, exécutée correctement dans les limites de ses indications, mérite la faveur que l'opinion des gynécologues semble maintenant disposée à lui témoigner.

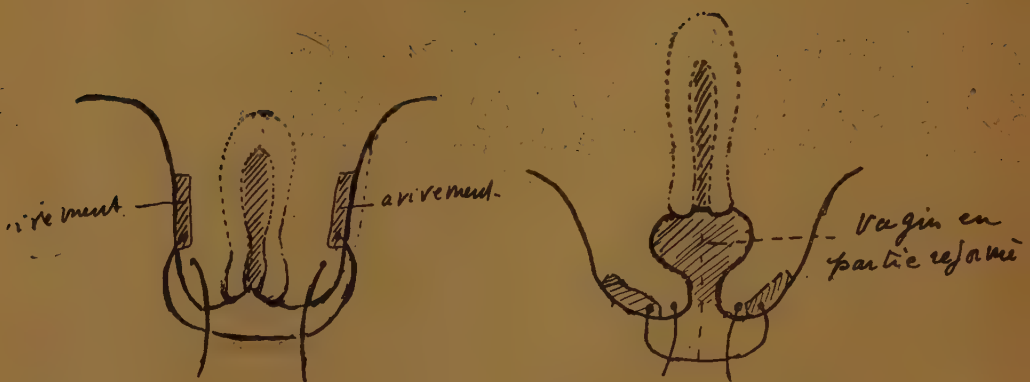
Technique

Avant d'en arriver là, il nous semble intéressant de rapporter la technique originale de Le Fort, telle qu'elle est exposée par l'auteur dans le *Manuel de Médecine opératoire* de J. P. Malgaigne et Léon Le Fort (1889, Alcan). On appréciera mieux ensuite, les différences qui séparent la technique moderne de cette technique primitive, tout en mesurant ce que l'intervention actuelle doit à celle que décrivit Le Fort.

1^{re} TECHNIQUE PRIMITIVE DU PROCÉDÉ DE LÉON LE FORT.

« La malade est placée dans le décubitus dorsal et dans la position de speculum. L'utérus étant à l'extérieur de la vulve, je fais sur la paroi antérieure du vagin 4 incisions limitant un lambeau de muqueuse ayant en général de 4 à 5 centimètres de longueur sur 1 cm. $\frac{1}{2}$ de largeur. Ce lambeau commence à 3 ou 4 centimètres de l'urèthre, car il importe que la partie la plus inférieure de la cloison (lorsque l'utérus aura été remis en position) réponde à l'entrée du vagin, afin de s'opposer à la reproduction de la cystocèle et de la rectocèle.

Pour mieux juger de la place où doit être pratiquée l'avivement, j'ai l'habitude, avant de commencer l'opé-



1^o Point de suture.
L'utérus est en prolapsus.

(1)

Le fil a rapproché les surfaces avivées. La réduction commence et le vagin se reforme.

(2)



Une partie des surfaces avivées est suturée.
Le vagin est presque reconstitué.

(3)



L'opération est terminée. L'utérus est complètement réduit et le vagin reconstitué au-dessus de la cloison.

(4)

FIGURE I.

(D'après Le Fort)

ration, et lorsque la femme est déjà sous l'influence du chloroforme, de réduire l'utérus le plus complètement possible et de faire une petite incision transversale au point où les parois antérieure et postérieure se mettent en contact à l'entrée du vagin ; ces deux petites incisions marqueront les limites extrêmes de l'un et de l'autre avivement.

Un *centimètre et demi* est la largeur qui convient le mieux pour l'avivement ; si cette largeur est moindre, la cloison sera trop mince et la réunion aura moins de chance de s'effectuer ; si elle est notablement plus forte, il y aura un rétrécissement trop considérable des deux conduits vaginaux accolés, et de plus les fils de suture n'arrivant pas au centre de l'avivement, on risquera de voir la réunion manquer au centre de la partie avivée, car les bords seuls auront été accolés.

Il est prudent de décrire tout d'abord par 4 incisions le quadrilatère dans l'aire duquel la muqueuse devra être enlevée. L'avivement peut se pratiquer avec le *bistouri* ou avec les *ciseaux*, suivant les habitudes personnelles de l'opérateur. On ne doit enlever que la partie superficielle de la muqueuse et dans tous les cas ne pas dépasser l'épaisseur de la muqueuse.

Il ne faut pas oublier, en effet, que le *péritoine* n'est pas loin, surtout en arrière, et il faut craindre si l'on fait un avivement trop épais et trop profond, que l'inflammation du tissu cellulaire intermédiaire ne se propage au *péritoine*. Du reste, cet avivement trop profond ouvre les vaisseaux qui rampent dans le tissu cellulaire et amène

un écoulement de sang gênant pour l'opération et qui peut compromettre la suite de la réunion.

Après avoir pratiqué l'avivement antérieur, on pratique l'avivement postérieur de la même manière et dans une étendue correspondante.

Il y a rarement lieu de placer un fil sur un vaisseau ouvert. Si l'écoulement du sang est un peu abondant, il suffit, une fois les avivements effectués, de réduire l'utérus et de placer dans le vagin une éponge imbibée d'une légère solution phéniquée.

On procède ensuite à la suture. Elle doit être faite de manière à ce que les fils des bords droit et gauche se rencontrent à peu près au centre de l'avivement. Si on les plaçait trop près du bord, on risquerait de ne pas amener l'affrontement exact du milieu de la plaie ; il pourrait s'y amasser un peu de sang, et la réussite de la suture serait compromise. Le premier fil est fixé à l'un des angles (le droit par exemple) de la plaie antérieure, angle formé par l'incision la plus inférieure, c'est-à-dire la plus près du col utérin, et une incision longitudinale. L'aiguille est introduite par la muqueuse à 5 millimètres du bord de la plaie, ressort à 5 ou 6 millimètres de ce bord sur la surface avivée (fig. 1), puis rentre au point correspondant de la plaie antérieure et ressort du côté de la muqueuse. On tire avec précaution sur les chefs de file en même temps que l'aide, avec le doigt, repousse et réduit l'utérus. Les deux extrémités correspondantes des deux avivements arrivent ainsi en contact. On serre et on tord le fil, mais on ne le coupe pas. On place de la même façon un fil sur l'angle gauche et on serre, toujours sans cou-



FIGURE II

Le procédé de Le Fort tel que l'a figuré l'auteur dans le traité qu'il a publié avec Malgaigne. On constate l'exiguïté des avivements que l'on peut comparer à ceux plus étendus pratiqués par les auteurs modernes.

per. Ces fils sont confiés à un aide qui les retient, car si on les coupait, on serait exposé à voir l'utérus se réduire tout à fait avant que les sutures soient faites. On place alors, à droite et à gauche, deux sutures sur les bords de la plaie. On les serre, on ne les coupe pas, mais on coupe les chefs des deux premiers fils posés. On continue ainsi, toujours en ne coupant les chefs des fils que lorsque la suture supérieure est placée et serrée, et l'on arrive ainsi jusqu'au bord de l'avivement le plus rapproché de l'urètre et de l'anus. Ce bord qui, au début de l'opération, était le supérieur, est devenu l'inférieur, par suite de la réduction de l'utérus, de la rectocèle et de la cystocèle.

L'opération terminée, je fais dans le vagin une injection d'eau alcoolisée, mais je n'applique ni pansement ni bandage. Je ne fais d'injections, sauf indication spéciale, qu'au bout de 8 à 10 jours, et je ne retire les fils que vers la 3^e semaine, lorsque la réunion est assez solide pour que je n'aie plus à craindre de détruire, en tirant sur elle, la cloison formée par l'adossement et la soudure des parois vaginales.

Après ma première opération, dans laquelle la suture fut faite avec des fils d'argent, j'eus l'idée d'employer des fils de soie fine, pensant qu'à la rigueur on pouvait abandonner à eux mêmes les plus profonds. L'idée était peu heureuse, les *fils de soie*, de *catgut* même irritant beaucoup plus que le fil d'argent, et j'ai attribué à leur emploi les *rare insuccès que j'ai rencontrés* ».

2° TECHNIQUE ACTUELLE.

Il est bien entendu que nous entendons maintenant décrire ici, non pas l'opération primitive de Le Fort, dont nous avons dit quelques mots plus haut, mais l'intervention telle qu'elle est pratiquée à l'heure actuelle par les auteurs qui l'ont remise en honneur, et telle qu'elle doit être exécutée, semble-t-il, pour qu'on en obtienne les résultats qu'on est en droit d'en attendre.

I. Soins pré-opératoires.

La facilité avec laquelle « les choses s'arrangent » en matière de chirurgie vaginale est devenue proverbiale.

Mais elles peuvent « s'arranger » plus ou moins bien ; et il faut, de l'avis de tous les opérateurs, ne rien négliger de ce qui peut assurer ici la formation d'une cloison de soutènement continue, suffisamment vaste et solide pour assurer la contention des organes qu'elle devra soutenir, suffisamment régulière pour ne pas gêner ultérieurement, par les adhérences résultant d'une cicatrisation incorrecte, l'écoulement des sécrétions du col hors de la cavité vaginale.

Or, il s'agit ici, très généralement, de malades souffrant d'un prolapsus ancien, dont l'utérus est souvent depuis longtemps hors de la vulve ; beaucoup de ces malades ont été torturées, de longs mois durant, par le port d'un pessaire : le col est épaissi, parfois couvert d'ulcérations, il peut même baigner dans les liquides de la suppuration vaginale, que les corps étrangers (tampons in-

suffisamment renouvelés, pessaires) ou une thérapeutique intempestive ont provoquée ou entretenue.

Avant d'intervenir, il va falloir désinfecter ce milieu : on y parviendra par des injections antiseptiques, dont on graduera la qualité, le titre et la température, suivant l'intensité des phénomènes infectieux et inflammatoires ; on maintiendra si possible le prolapsus réduit en bourrant la cavité vaginale de gaze à l'ichtyol ou au thigénol. On laissera la malade au lit

Ce sont là précautions sur lesquelles il semble inutile d'insister. Cependant la simplicité, la rapidité, la bénignité de l'intervention ne doivent pas entraîner le gynécologue à la considérer comme indigne des soins opératoires locaux qu'il est accoutumé de prendre pour d'autres plasties vaginales.

De même, il est à peine besoin de le dire, comme avant toute intervention vaginale on s'assurera que, du côté de l'utérus et des annexes, il n'y a rien qui s'oppose à la mise en œuvre d'une opération très limitée dans ses buts et ses moyens et qui, éventuellement, risquerait d'être incomplète dans ses résultats.

Nous serons bref sur l'examen minutieux de l'état général de la malade, qui doit être fait comme avant toute opération chirurgicale. Réservant au chapitre des contre-indications toutes celles qui appartiennent en propre à l'opération de Le Fort, nous nous bornerons, ici, à dire qu'on devra écarter toute malade atteinte de bacillose sénile en évolution, ou de diabète. Les troubles mentaux ne sont pas, en eux-mêmes, une contre-indication formelle ; mais l'indocilité de certaines de ces malades dans

les jours qui suivent l'opération en fait des opérées indésirables.

L'opération étant décidée, et le jour fixé, la malade, la veille, sera purgée. Les avis diffèrent sur la nécessité de constiper ces malades le jour de l'opération. Même si l'on fait suivre le cloisonnement d'une périnéorrhaphie, il ne semble pas que cela soit nécessaire, et, l'on sait que Doléris, pour la chirurgie vagino-périnéale, proscrit tous les opiacés qu'on se croit trop souvent obligé d'infliger à ces malades.

La vulve sera lavée et rasée.

II. *Anesthésie.*

Le mode d'anesthésie est souvent une préoccupation pour le chirurgien appelé à intervenir chez des vieillards dont les reins, le foie, le cœur, les poumons sont toujours plus ou moins sujets à caution. L'opérateur pourra, ici, s'épargner ce souci, en ayant recours soit à l'anesthésie locale, soit même à l'anesthésie rachidienne.

La brièveté de l'opération et ce fait que toute l'intervention porte uniquement sur des muqueuses, relativement peu sensibles, font que l'anesthésie locale est ici tout indiquée. Combier et Murard considèrent même ce fait comme un des gros avantages de la méthode : on peut obtenir une insensibilité suffisante avec des doses infimes d'anesthésique.

Cotte et Creyssel le reconnaissent ; ils n'ont cependant pas employé l'anesthésie locale : chez toutes leurs malades, c'est à la rachi-anesthésie qu'ils ont eu recours, après injections sous-cutanées préalables de 1 centigramme de chlorhydrate de morphine et 1 cc. de

strychnal. Ces derniers auteurs, pendant la durée de l'intervention, font sous la peau une injection lente de 200 à 250 cc. de sérum artificiel. Cette pratique leur a paru, dans une certaine mesure, diminuer les malaises inhérents à l'anesthésie rachidienne.

Savariaud a de même employé la rachianesthésie avec un plein succès.

D'ailleurs, si pour une raison ou pour une autre, notamment par suite de l'indocilité de la malade, on était obligé d'avoir recours aux procédés habituels d'anesthésie générale, on pourrait le faire le plus souvent sans trop d'inconvénients, la durée de la narcose nécessaire étant fort courte. Nous voyons, notamment à l'observation n° 2, que l'on trouvera plus loin, que Deniker a pu faire endormir sa malade à l'éther; et que les malades des observations communiquées par M. le professeur J.-L. Faure ont été anesthésiées soit au chloroforme, soit à l'éther, soit au Schleich.

Il va sans dire, cependant, qu'il nous semble logique d'avoir recours, toutes les fois qu'on le pourra, à l'anesthésie locale ou à la rachianalgésie. En fait, l'emploi de ces méthodes (et notamment de la première), que certaines interventions plus longues, plus douloureuses, rendent parfois aléatoire, ne constitue pas un des moindres avantages du cloisonnement du vagin.

III. Opération.

L'anesthésie étant obtenue, avant de prendre le bistouri, on lavera soigneusement le vagin à l'alcool ou à l'éther et on touchera le col à la teinture d'iode.

Disons immédiatement que cette opération ne comporte aucun temps vraiment difficile. Elle est d'exécution d'autant plus facile que l'utérus se laisse plus complètement attirer hors de la vulve et que le vagin est plus complètement déplissé.

Elle comprend deux temps successifs : l'avivement et la suture.

A) *Avivement.*

« Il ne s'agit plus ici, comme dans l'opération de Le Fort primitive, de laisser un vagin pour le coït, ou de rechercher seulement la formation d'une bride qu'on sectionne au cours de l'accouchement : il faut une suture aussi complète que possible des deux parois » (Cotte et Greysel).

Sur ce point tout le monde est actuellement d'accord : Nous sommes donc loin des dimensions assignées par Le Fort aux surfaces à aviver, et notamment 1 cm. $\frac{1}{2}$ de largeur paraît actuellement tout à fait insuffisant ; que si, comme lui, on craint, en agrandissant les surfaces cruentées, de voir « la réunion manquer au centre » il suffit de soigner particulièrement les sutures, ainsi que nous le dirons tout à l'heure. Et, au surplus, cet accident a été bien rarement signalé depuis que l'on est revenu au cloisonnement du vagin. Quant à la peur du péritoine et de l'intestin, qui apparaît nettement dans la technique du père du cloisonnement vaginal, on conçoit qu'elle soit rationnelle au cours de ces interventions portant sur des prolapsus dans lesquels le rectum s'engage si facilement, suivi parfois d'anses grêles. Mais elle sera d'autant

■

plus vaine que l'utérus aura été plus complètement attiré hors de la vulve. C'est dire qu'elle préoccupera moins l'opérateur au cours de cloisonnements pratiqués sur de vieilles femmes présentant généralement un prolapsus ancien, souvent complet, permettant facilement l'extériorisation de l'organe, qu'au cours de certaines colpo-périnéorraphies pour colpocèle postérieure très développée et prolapsus utérin peu accusé. Ajoutons d'ailleurs immédiatement que, toutes choses égales d'ailleurs, chez ces malades présentant un prolapsus sénile avec grosse hernie rectale et effondrement du périnée, il y a bien moins de danger à aviver la paroi postérieure du vagin, comme on le fait pour le cloisonnement, qu'à s'en aller chercher des releveurs inexistant, dans le but de les rapprocher, comme on serait conduit à le tenter si l'on voulait pratiquer une amyorrhaphie périnéale.

Quoi qu'il en soit, les auteurs, aujourd'hui, sont d'accord pour dire que l'avivement rectangulaire doit être aussi étendu que possible en longueur et en largeur, sur les deux parois antérieure et postérieure du vagin. « C'est, disent Cotte et Creyssel, le point capital pour assurer le succès » ; et Chiffoliau, rapportant récemment devant la Société de Chirurgie, le travail de Combier et Murard, déclare : « Les auteurs insistent sur l'étendue à donner aux deux surfaces à aviver, en hauteur et en largeur ». En fait, depuis que l'on est revenu à l'ancienne opération de Le Fort, en en modifiant les indications et la technique, les opérateurs qui l'ont successivement pratiquée ont toujours eu tendance à accroître les dimensions de l'aire avivée.

Elle aura 6 à 8 cm de long, au minimum, 3 à 4 cm de largeur, dit J.-L. Faure, dans le *Traité de Gynécologie Médico-chirurgicale* (1) ; 6 à 8 cm. de long sur 4 à 5 de largeur, dit E. Douay, exposant dans *Gynécologie et Obstétrique* (2) la technique qu'il a employée et vu employer chez son maître ; et il ajoute : « elle s'étendra en avant de 2 cm. de l'orifice du col à 3 cm. du méat urétral ; même avivement en arrière ».

Cotte et Creyssel avivent habituellement la paroi vaginale antérieure « sur toute son étendue, en ne laissant qu'une bande de muqueuse de 1 cm. environ au-dessous du méat, et au-dessus du col ». La surface avivée de la paroi postérieure doit être de même étendue. Combier et Murard estiment que les surfaces à aviver doivent occuper « en hauteur, presque toute la hauteur des parois vaginales, à partir d'une ligne commençant juste au-dessous de l'orifice externe du col ». Quant à Savariaud il excise la muqueuse sur toute la hauteur des parois vaginales ; et Deniker, de même, taille ses lambeaux « très loin, jusqu'au ras de l'urèthre en haut et de la fourchette en bas » (Voir obs. 2).

En largeur, la zone d'avivement qui, nous l'avons vu, était de 3 à 5 cm. pour J.-L. Faure et Douay, dépasse ces limites pour les auteurs qui ont traité plus récemment de la question :

« De chaque côté, entre les deux surfaces avivées, il ne doit guère rester, disent Cotte et Creyssel, que 1 cm. de

(1) *Traité de Gynécologie médico-chirurgicale*. Doin 3^e Edition p. 425.

(2) *Gynécologie et obstétrique* 1920 T. II N^o 4 p. 264.

muqueuse ». En largeur, disent Combier et Murard, cette zone doit occuper presque toute la paroi vaginale, ne laissant de chaque côté qu'une petite bande de muqueuse. Savariaud, Deniker, etc... sont également de cet avis.



FIGURE III

Les avivements antérieurs et postérieurs vus de profil
**** tracé de l'avivement sur la face latérale droite

Comment tracer les rectangles qui circonscrivent ces zones d'avivement ?

Le Traité de Gynécologie médico-chirurgicale de J.-L.

Faure et A. Siredey, et Douay, dans l'article que nous avons cité plus haut, conseillent de décrire au bistouri le périmètre des surfaces à aviver, « le prolapsus étant complètement extériorisé... » « le col étant fixé par une pince de Museux ». Combier et Murard ont recours à un petit artifice qui a été souligné par Chiffoliau, dans son récent rapport à la Société de Chirurgie : « Ils commencent par saisir le col avec une pince de Museux, et le refoulent aussi haut que possible. Le maintenant refoulé d'une main, de l'autre main ils repèrent avec des pinces, sur chaque face du vagin, les deux points correspondant aux deux extrémités de la ligne transversale supérieure. Ces points doivent s'adapter très symétriquement sur chaque paroi. On procède ensuite de la même façon pour la limite inférieure de la zone d'avivement ». Notons, en passant, qu'une manœuvre analogue avait été proposée par Le Fort, tout au moins pour la détermination de la limite inférieure de l'avivement, ainsi qu'en fait foi la description de sa technique, que nous avons rappelée plus haut.

Quant à Cotte et Creysse, ayant fortement abaissé l'utérus, ils ont souvent recours, pour réaliser le dépouillement de ces surfaces, à une grande incision médiane, sur laquelle ils branchent deux fentes transversales à la partie supérieure et à la partie inférieure de l'incision ; ils dissèquent ensuite successivement, pour chaque paroi, deux volets, en poursuivant la dissection aussi loin que possible sur les côtés.

Comme on le verra à l'obs. 8, Savariaud trace volontiers les limites latérales de la zone d'avivement postérieure en suivant du bistouri les bords d'une valve étroite qui tend

la paroi vaginale. Ce procédé rendra surtout des services dans le cas de prolapsus incomplet où l'utérus ne se laisse pas bien abaisser et rend impossible le tracé à ciel ouvert et à main levée des figures rectangulaires antérieure et postérieure.

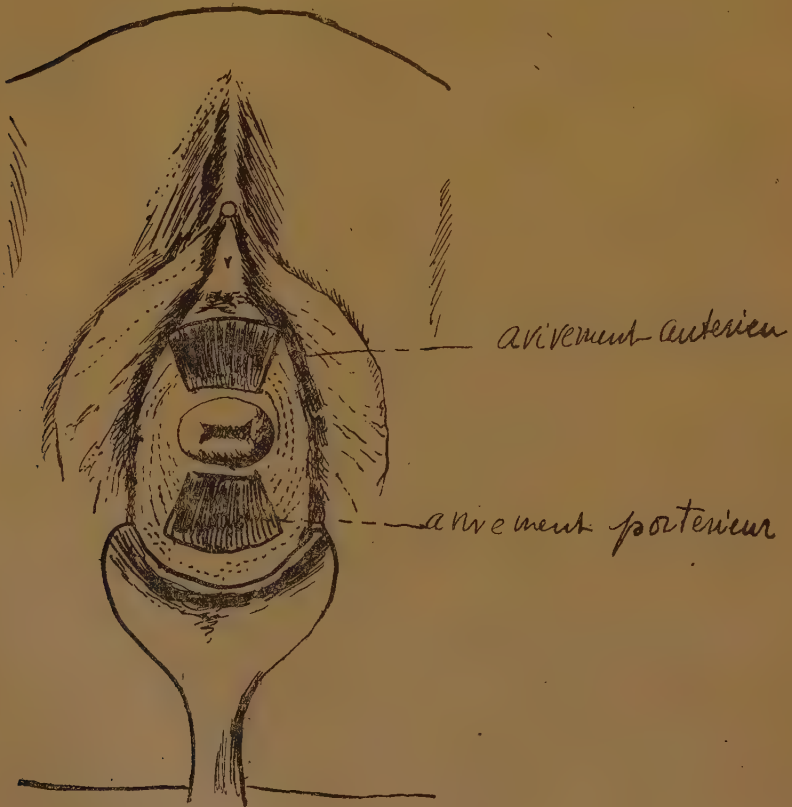


FIGURE IV

Les avivements antérieurs et postérieurs vûs de face

Quant à l'avivement proprement dit, les auteurs l'exécutent, pour la plupart, d'abord pour la zone antérieure, puis pour la zone postérieure.

Le plus souvent la muqueuse vient toute seule, se décollant presque en totalité, par simple traction, aidée par le refoulement avec le dos du bistouri ou avec la compresse. Parfois l'on se heurte à quelques difficultés provenant soit d'adhérences ou de cicatrices dues au port prolongé d'un pessaire ayant irrité la muqueuse, soit d'une colporrhée ancienne. Dans ces derniers cas, à la vérité peu fréquents (Cotte et Creyssel n'en citent que 2 ou 3 sur 12), le dépouillement peut demander quelque travail ; il sera parfois facilité par le tracé de lignes d'abord supplémentaires, comme Cotte et Creyssel le conseillent, ainsi qu'on l'a vu plus haut, lorsqu'ils décrivent leur tracé en $\boxminus$ (H renversé).

Il va sans dire d'ailleurs, que l'ingéniosité personnelle de l'opérateur peut librement s'exercer pour le tracé et l'avivement des zones à cruenter. Au surplus, tel procédé de tracé bon pour le prolapsus complet avec utérus facilement abaissable, sera moins indiqué dans le cas contraire ; tel procédé d'avivement facile à réaliser dans le cas où la muqueuse se laisse facilement cliver, devra être modifié si l'on se heurte à du tissu de cicatrice.

Mais au cours de l'exécution de cet avivement, quel que soit le tracé et le sens de clivage adoptés, on devra sans cesse se rappeler l'absolue nécessité de conserver une symétrie parfaite des surfaces cruentées, par rapport à leur axe médian, et par rapport à l'axe transversal passant par l'orifice du col.

L'hémostase n'a jamais donné lieu, semble-t-il, à des difficultés. Ce temps de l'opération ne paraît même pas avoir imposé des ligatures dont l'exécution ait pu retentir sensiblement sur la durée de l'intervention. Cotte et Creyssel disent même : « Au cours de cette dissection, nous n'avons jamais eu à faire d'hémostase ». Elle sera le plus souvent très suffisamment assurée par la suture des surfaces avivées.

B) Suture.

L'idée directrice qui doit commander à l'exécution de cette suture doit être d'obtenir un affrontement exact et complet des surfaces vaginales, préalablement dépouillées de leur muqueuse. Cet affrontement exact et complet est nécessaire pour obtenir non seulement l'hémostase, mais encore une réunion satisfaisante des parois vaginales, par suite la constitution d'une cloison vaginale suffisamment résistante.

Cet affrontement ne pourra évidemment être réalisé que si les surfaces avivées sont exactement semblables et superposables. De plus, il est nécessaire de suturer de telle façon que les points de départ de la cicatrisation ultérieure, c'est à dire les lignes de suture, soient suffisamment nombreux et également répartis sur les surfaces à accoler. C'est dire que l'on ne devra pas simplement réunir par leurs bords les deux surfaces avivées, mais placer des points non seulement sur les bords, mais encore sur les surfaces elles-mêmes, par échelons successifs et autant que possible régulièrement espacés.

En relisant la technique de Le Fort, on verra que le

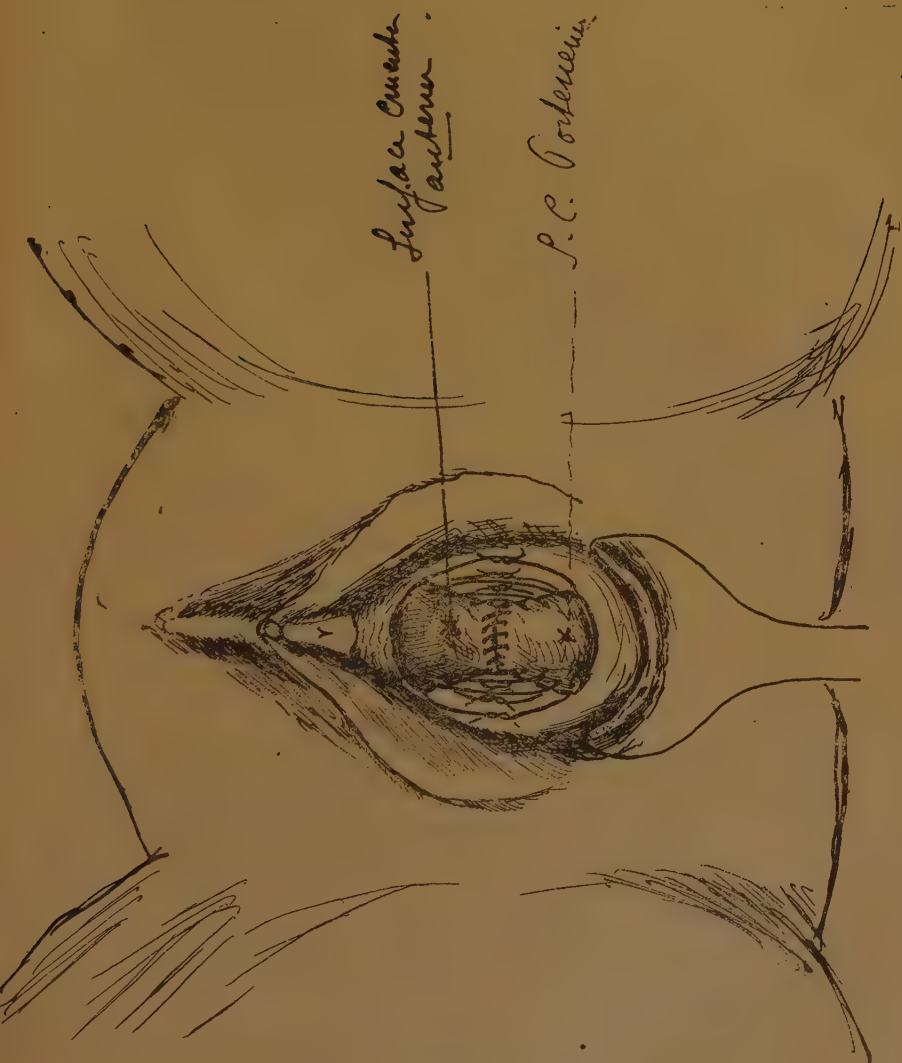


FIGURE V

Le col est réduit et le premier surjet effectué. Les fils sont placés sur les bords latéraux des surfaces cruentées.

père de l'intervention dont découle l'opération actuelle, avait déjà eu le souci d'assurer dans de bonnes conditions la réunion des surfaces dépouillées de leur muqueuse. A plus forte raison ce souci devait-il être celui des opérateurs qui ont réalisé l'intervention sous sa forme actuelle, dans laquelle les zones cruentées sont incomparablement plus étendues.

Afin de respecter, au cours de la suture, la symétrie des surfaces que l'on rapproche, et de se ménager des points de repère utiles, on se trouvera bien de suivre le conseil de Cotte et Creyssel : ces auteurs, l'avivement terminé et avant de commencer les sutures, repèrent, soit par une pince de Chaput, soit par une anse de catgut, les angles antérieur et postérieur, qui doivent se trouver au contact les uns des autres à la fin de l'intervention. Ces fils servent de guides au cours de la suture.

La première ligne de suture sera posée l'utérus étant toujours attiré le plus possible hors de la vulve. Elle rapprochera, par dessus le col, au devant de son orifice externe, le bord inférieur des deux surfaces d'avivement. Elle ménage donc la persistance, au contact même du col utérin, d'un petit canal muqueux transversal, lequel, à la fin de l'intervention, réunira les deux petits conduits vaginaux latéraux ouverts par ailleurs à la vulve, et assurera par conséquent la communication de l'utérus avec l'extérieur.

Cette première ligne transversale de suture terminée, on en fait une seconde, à un centimètre au-dessus ; cette dernière court également de droite à gauche sur toute l'étendue transversale de la zone avivée ; pour



FIGURE VI

Premiers surjets enfouissant le col. En réunissant l'un à l'autre ce qui reste de la muqueuse vaginale, on détermine ainsi un petit conduit muqueux aboutissant de chaque côté à la gouttière vaginale.

assurer le contact des points qu'elle doit rapprocher, il sera nécessaire de refouler un peu le col vers le fond du vagin ; de cette façon, cette dernière ligne de suture enfouira la première.



FIGURE VII

Adossement des parois antérieures et postérieures du vagin sur toute la hauteur des surfaces avivées.

Une 3^e, une 4^e, une 5^e ligne de suture transversale, une 6^e, si cela est nécessaire — le nombre dépend de l'importance du prolapsus — sont ainsi exécutées. Chacune d'elles, placée à un centimètre au plus de la précédente, l'enfouit exactement, et contribue à l'invagination progressive du col. En sorte que, par ce procédé, le prolapsus est progressivement réduit et maintenu. La dernière ligne de suture rapproche les incisions qui doivent se trouver au voisinage de la vulve.

• Quand l'affrontement des surfaces avivées est ainsi ter-

miné, la réduction est complète et maintenue telle. Le cloisonnement est terminé.



FIGURE VIII

L'opération est terminée. On voit la cloison transversale suturée. De chaque côté se trouvent les orifices des petits canaux permettant l'évacuation des sécrétions utérines.

La durée de l'opération est, suivant les auteurs, de vingt à trente-cinq minutes.

Le mode de suture adopté par la majorité des auteurs, au cours de cette intervention, est le surjet au catgut. J.-L. Faure, dans son *Traité de Gynécologie médico-chi-*

rurgicale, Douay, dans *Gynécologie et obstétrique*, Cotte et Creyssel, dans le *Journal de Chirurgie*, le préconisent.

Savariaud, cependant, semble donner la préférence aux sutures transversales par points séparés. J.-L. Faure y a eu parfois recours, comme le montre l'observation numéro 1.

Le matériel nécessaire à l'opération est extrêmement simple. Une aiguille de Reverdin courbe, une aiguille à pédale de courbure appropriée, ou une aiguille à main, peuvent à peu près indifféremment être employées. Une pince à disséquer, un bistouri bien affilé, quelques pinces de Chaput et de Kocher, et quelques pinces en cœur, si utiles pour saisir les muqueuses lorsque le clivage est amorcé, composeront à peu près tout l'arsenal chirurgical nécessaire. Le catgut n° 1, chromé ou non, est celui qui est communément employé.

IV. La périnéorrhaphie complémentaire.

Lorsqu'on lit la technique de l'opération dans l'article que Cotte et Creyssel lui ont consacré dans le *Journal de Chirurgie* (1922, T. XX, n° 2), on voit que ces auteurs complètent le cloisonnement du vagin par une périnéorrhaphie. Nous citons ici leurs propres expressions :

« Dans nos premières interventions, disent-ils, nous avons borné là (au cloisonnement) notre intervention. Bien que nous n'ayons pas eu de récurrence, il nous a semblé préférable de corriger en même temps la béance de la vulve et de compléter l'intervention par une périnéor-



FIGURE IX

Coupe schématique antéro-postérieure montrant l'affrontement des parois antérieure et postérieure, laissant en haut une cavité communiquant avec les conduits latéraux et permettant l'évacuation des sécrétions utérines.

raphie. Pour cela, par une incision commiissurale complémentaire, on charge avec l'aiguille ce qui reste des muscles releveurs. On les adosse l'un à l'autre avec deux ou trois points de suture au catgut chromé. A ce moment, le cloisonnement, qui paraissait descendre jusqu'à la vulve, se trouve généralement reporté à deux ou trois centimètres de profondeur dans le vagin. Pour parfaire le résultat, il ne reste qu'à sectionner la muqueuse exhubérante et à restaurer la commissure ».

Les opérateurs qui pratiquent le cloisonnement du vagin ne semblent point, en général, très partisans de cette périnéorrhaphie complémentaire.

Chiffoliau, rapportant les observations de Combier et Murard à la Société de Chirurgie, remarque que ces auteurs « ne font pas la suture des releveurs à la fin de l'opération ». Savariaud, dont on trouvera plus loin une observation détaillée, n'a pas fait de périnéorrhaphie ; non plus que J.-L. Faure qui, d'ailleurs, dit expressément dans le *Traité de Gynécologie médico-chirurgicale* : « On peut faire suivre le cloisonnement du vagin d'une périnéorrhaphie, mais celle-ci est le plus souvent inutile ».

Il nous semble, en effet, que ce temps complémentaire de l'intervention présente plus d'inconvénients que d'avantages.

Le cloisonnement du vagin est très généralement pratiqué chez des femmes dont le prolapsus, très marqué, fait la preuve de la déficience musculaire. Le plan musculo-aponévrotique périnéal est atrophié, sans valeur, dans ces prolapsus séniles.

« On charge avec l'aiguille, disent Cotte et Creyssel, ce qui reste des muscles releveurs ».

En vérité, dans ces conditions, on court le risque de ne rien charger du tout, et de faire un simulacre de périnéorrhaphie. D'ailleurs, on sait que chez ces femmes, les colpo-périnéorrhaphies, dont le temps principal est la suture des releveurs, ont été rejetées, au profit du cloisonnement du vagin, en raison même de cette atrophie musculaire. Il paraît donc tout au moins illogique de vouloir superposer les deux opérations.

Cette manœuvre superflue n'est d'ailleurs pas indifférente. La recherche des releveurs qui, si elle veut être consciencieuse, ne manquera pas d'être laborieuse, ne laissera pas de présenter quelque danger pour le rectum. Mais surtout elle prolonge une intervention, dont l'un des très grands avantages est d'être courte. Enfin elle complique, si peu que ce soit, les soins post-opératoires.

V. Soins post-opératoires.

Ceux-ci, après le simple cloisonnement du vagin, sont réduits au minimum : on peut au choix laisser une sonde à demeure ou s'en dispenser. Il semble qu'il vaille mieux s'en dispenser : on évite plus sûrement ainsi l'infection vésicale.

Les soins, se bornant à de simples toilettes vulvaires, ne nécessitent pas un personnel particulièrement habile. Au surplus les suites opératoires sont simples, très généralement apyrétiques. Dans un seul cas sur 12 observa-

tions Cotte et Creyssel ont eu un peu de sphacèle de la plaie ; ils ont eu immédiatement recours à un sérum antigangréneux et ont vu les accidents rétrocéder très rapidement.

Les malades se lèvent le 15^e jour.

On voit par l'exposé de cette technique que l'intervention actuelle diffère sensiblement de l'opération décrite par Le Fort. Les vastes zones d'avivement affrontées par de multiples lignes de sutures ont remplacé les petites surfaces cruentées réunies presque uniquement par leurs bords. Mais l'idée même du *cloisonnement* du vagin et de son exécution « à ciel ouvert » appartiennent sans conteste à Léon Le Fort. Il est donc juste, tout en tenant compte des différences que nous venons d'esquisser, de conserver à l'intervention actuelle le nom d'opération de Le Fort.

Indications et Contre-Indications

L'exposé de la technique de l'intervention en fait évidemment pressentir les indications. Et l'histoire des modifications subies par la technique primitive, et de l'évolution des idées et des faits en matière de cure chirurgicale des prolapsus, chapitre sur lequel nous avons insisté à dessein dès le début de ce modeste travail, nous dispense de nous étendre longuement sur les indications et les contre-indications de l'intervention actuelle.

En fait, le cloisonnement du vagin est indiqué chez les femmes âgées, souffrant d'un prolapsus marqué, et dont le plan musculo-aponévrotique périnéal est de valeur négligeable, *à la condition absolue que ces femmes aient renoncé au coït.*

Tous les auteurs sont d'accord pour insister sur ce point. On pourrait même juger cette insistance superflue, si l'on ne savait à quelles surprises on peut se heurter dans cet ordre de faits :

Chiffoliau, rapportant à la Société de Chirurgie les observations de Combier et Murard, dit : « La fermeture du vagin n'est autorisée que chez les femmes âgées. Encore faut-il que celles-ci soient bien averties des consé-

quences de l'opération ; sinon le chirurgien s'exposerait à des récriminations et même à des poursuites de la part des malades ». En vérité cela mérite considération ; et nous avons encore présent à l'esprit la mésaventure d'un de nos aînés, alors interne à Ivry, qui, pour avoir, par une opération parfaitement justifiée, privé en partie de ses commodités habituelles la très vieille femme d'un vieillard de l'endroit, se vit assiégé pendant de longues semaines par les reproches acerbes du dit vieillard. Le cas n'est pas rare, certainement.

« Peut-être, disent Cotte et Creyssel, sera-t-il prudent, chez certaines malades, de faire une enquête discrète, et de les prévenir du résultat anatomique de l'intervention ». Tout récemment encore, chez une femme de 60 ans, qui paraissait justiciable de cette intervention, l'un de ces auteurs a dû, pour satisfaire aux exigences du mari, en abandonner l'idée. C'est même, ainsi que le note Chiffoliau, parce que les opérations qui privent les patientes de leur sexe sont si mal acceptées par les malades, malgré leur efficacité, qu'on a si rarement l'occasion de les pratiquer ; et cette défaveur est accentuée par ce fait que les malades âgées sont en général rebelles à toute chirurgie.

Après l'opération de Le Fort, le coït vulvaire reste encore possible, évidemment, si l'on prend la précaution de limiter l'avivement postérieur à 3 cm. environ de la commissure et de reconstituer ensuite le périnée. On peut ainsi garder, dit Cotte, un vagin de 5 cm. de profondeur. Nous avons déjà dit ce que nous pensions, de la périnéorrhaphie après cloisonnement. Au surplus, que

faut-il espérer de cette périnéorrhaphie de complaisance ? Cotte, lui-même, se demande ce qu'il adviendrait et du cloisonnement et du prolapsus si le coût devait être fréquent.

Combiér et Murard sont formels : les indications opératoires pour eux sont très simples ; et Chiffoliau, rapportant leurs observations devant la Société de Chirurgie, disait récemment : « Il doit toujours s'agir de femmes ayant dépassé l'âge de la ménopause et chez qui toute fonction vaginale peut être abolie sans inconvénient ». Et Cotte, après avoir discuté la possibilité de conserver, grâce à des artifices opératoires, un vagin de 5 cm., conclut : « Aussi bien croyons-nous préférable de restreindre les indications de l'intervention aux seules malades dont la vie génitale est complètement éteinte ». C'est là, croyons-nous, le mot de la fin en matière de contre-indications tirées de l'état des fonctions génitales.

Il va sans dire que l'on ne saurait songer à pratiquer le cloisonnement du vagin chez des malades présentant des lésions de l'appareil génital susceptibles de persister après l'opération ; il ne viendrait certainement à l'idée de personne de traiter une femme présentant une tumeur de l'ovaire par le simple cloisonnement du vagin, même si cette tumeur de l'ovaire s'accompagnait de prolapsus très marqué ! C'est dire que l'examen de l'appareil génital de la femme devra toujours être pratiqué très complètement avant l'opération.

De même, on ne songera pas à proposer le cloisonnement du vagin à une femme présentant une lésion

utérine grave, inflammatoire ou néoplasique. Par exemple, avant de refouler un utérus derrière une cloison solide et étendue, on fera toutes les biopsies nécessaires, soit sur le col, soit après curettage de la cavité utérine ; et si le moindre doute persistait sur la nature des lésions connexes du corps utérin, on procéderait plutôt à une hystérectomie suivie de colpectomie.

Mais, dans l'immense majorité des cas, ainsi que le fait remarquer Jacob (1) « la métrite n'existe même pas » ; et il est même curieux de remarquer avec quelle facilité on vient à bout de l'irritation toute de surface qui accompagne des prolapsus très marqués. Quinze jours de repos et de soins suffisent généralement à mettre la malade à même d'être opérée : « Ces utérus qui pendent entre les cuisses, disait Richelot, se drainent admirablement ». Telle femme, arrivée avec une tumeur violacée, suintante, ulcérée, douloureuse, irritant la face interne des cuisses, et entraînant des troubles de la miction, peut, après une période de repos au lit et de soins locaux, être considérée comme justiciable du cloisonnement du vagin : La muqueuse vaginale a pris un aspect gris-rosé de bon aloi, les ulcérations se sont cicatrisées, toutes les surfaces se sont asséchées, le prolapsus est devenu indolore.

Cette période de dégorgement a donc une grande importance. Elle devra parfois durer trois semaines, un mois : repos au lit, pansements humides répétés, badi-

(1) P. JACOB. — Traitement du prolapsus génital des femmes âgées, par la colpeetomie totale conservatrice de l'utérus. *La Gynécologie*, avril 1921.

geonnages à l'alcool iodé, pulvérisations à la poudre d'Aristol, tous moyens préconisés notamment par Savariaud, amèneront une véritable transformation des lésions. La plupart du temps il sera bon, chez ces malades souvent obèses, d'associer, au traitement local et au repos, un régime alimentaire réduit. Cet ensemble de mesures permettront le plus souvent de faire bénéficier de l'opération des femmes chez lesquelles, de prime abord, on n'eût pas cru à la possibilité de pratiquer une intervention aussi réduite.

Il n'est même pas rare de voir, sous l'influence de ce traitement pré-opératoire, un prolapsus, irréductible lors du premier examen, devenir parfaitement réductible ; et là où l'on rencontrait une tumeur douloureuse, on ne trouve plus qu'une masse indolore dont le palper permet de reconnaître aisément le contenu : un utérus dur, petit, atrophique.

Le col, dans ce cas où Huguier le considérait comme presque toujours hypertrophique, n'a pas paru tel à la plupart des auteurs qui, depuis, ont étudié ce type clinique : E. Douay, dans l'article de *Gynécologie et obstétrique*, dit : « Le col, dans sa partie sus-vaginale, est allongé, mince » ; et Jacob, déjà cité ci-dessus, écrit : « le col est atrophique ; en le palpant au sommet du prolapsus entre le pouce et l'index, c'est un petit bout de crayon qu'on fait rouler entre les doigts. »

Ce type sénile, atrophique, ne fournira donc que bien peu de contre-indications, comme on le voit, du fait d'une inflammation métritique. Cependant si, par exception, chez ces femmes âgées, on trouvait une véritable métrite

hypertrophique, résistant au « traitement de dégorgement », il est évident qu'on ne pourrait songer au cloisonnement du vagin qu'après avoir traité opératoirement le col. L'observation n° 4, que nous devons à l'obligeance de M. le professeur J.-L. Faure, montre qu'il est possible, par exemple, de pratiquer une amputation du col, avant de procéder au cloisonnement du vagin.

Peut-être, dans ces cas, pourrait-on se demander s'il n'y aurait pas intérêt à associer en une seule intervention les deux opérations, et à combiner l'amputation haute du col à la colpectomie, ainsi que l'ont proposé Ch. Lenormant et D. Petit-Dutallis (1), rénovant la technique de Bouilly. On sait que ces auteurs associent à une amputation supra-vaginale du col une colpectomie surtout antérieure et une colpo-périnéorraphie postérieure. Etant donné l'âge des femmes dont nous nous occupons ici, on peut se demander s'il n'y aura pas plus d'avantages, dans ces cas, à faire une hystérectomie vaginale suivie de colpectomie, suivant la technique qui, remise en honneur par Desmarets (2) et ses élèves (3), a fait, en 1920, l'objet d'un rapport de Savariaud, devant la Société de Chirurgie. Cette dernière opération semble plus expéditive que l'opération de Bouilly ; elle ne paraît guère plus choquante ; et elle est assurément beaucoup plus radicale.

(1) CH. LEMORMANT et D. PETIT-DUTALLIS. - L'amputation haute du col utérin, combinée à la colpectomie (Opération de Bouilly) dans le traitement des prolapsus génitaux - *Journal de Chirurgie* T. XII N° 4, Avril 1914, et *La Gynécologie*, Avril 1914.

(2) *Bull. Soc. Chir.* 11 mai 1920 : Résultats de 10 colpectomies totales DESMARETS (Rap. de SAVARIAUD) ; et 25 mai 1920 : La colpectomie dans le traitement des grands prolapsus génitaux, par LAPOINTE.

(3) De la colpectomie totale. H. DELIVET. *Thèse de Paris*, 1920.

Mais, nous le répétons, ce sont là raretés ; et le plus souvent on ne verra persister, après le traitement pré-opératoire, ni inflammation locale sérieuse, ni irréductibilité.

Cette influence du traitement pré-opératoire sur l'irréductibilité est des plus intéressantes. On comprend, en effet, que la technique du cloisonnement du vagin ne peut s'appliquer qu'aux prolapsus réductibles.

Pour certains auteurs, l'opération de Le Fort ne serait indiquée que dans le cas de prolapsus complets, « lorsque l'utérus, entraîné par le vagin complètement renversé, fait saillie entre les cuisses ». On conçoit mal cette restriction. Si l'on voit bien que nulle autre opération ne peut être préférée au cloisonnement du vagin dans ces cas extrêmes, on voit mal ce qui peut faire rejeter ce cloisonnement dans les cas où le prolapsus n'est pas complet, pourvu, bien entendu, qu'il s'agisse du type clinique que nous considérons ici : femme âgée, à musculature périnéale inexistante, et ayant renoncé au coït. Sans doute, du fait que, le prolapsus étant incomplet, l'utérus est parfois plus difficilement attiré au dehors, pourront découler certaines petites difficultés d'exécution : tracé plus pénible de surfaces à crouter, avivement moins aisé. Mais on ne se heurtera jamais à une impossibilité véritable ; et l'opération, même dans ces cas, reste rapide et bénigne.

En somme, les contre-indications locales du cloisonnement du vagin sont : la non-renonciation au coït, l'existence de lésions graves de l'appareil génital, inflammatoires ou néoplasiques, ou l'irréductibilité du prolapsus.

Il va sans dire que l'on n'aura guère l'idée de proposer un cloisonnement du vagin à une femme, même ne présentant aucune contre-indication locale, qui serait atteinte d'une tuberculose sénile en évolution, d'asthme, d'emphysème ou de tout autre affection de nature à compromettre, par les quintes de toux qu'elle entraîne, la constitution de la cloison vaginale au cours des suites opératoires immédiates. De même, le diabète, un état général trop précaire, feront renoncer à l'intervention.

Encore faut-il s'entendre sur ce que l'on veut dire lorsqu'on parle d'un état général trop précaire. Par sa rapidité, sa bénignité, la brièveté de son anesthésie, qui d'ailleurs peut être locale, le cloisonnement du vagin reste possible dans des cas où l'on n'oserait pas proposer une autre intervention.

On a déclaré que les troubles mentaux contre-indiquaient le cloisonnement du vagin. Sans doute on n'aura guère avantage à l'exécuter chez les agitées qui, dans les suites opératoires, compromettront leur guérison. Mais certains troubles psychiques à tendance hypochondriaque, pourront parfois, au contraire, être améliorés par une opération qui libère la malade d'une infirmité douloureuse et neurathénisante, comme en fait foi, notamment, l'observation de Sabouraud, que nous reproduisons plus loin, sous le numéro 8. En tous cas, l'opération de Le Fort est parfaitement supportée même dans les cas de troubles psychiques marqués, ainsi que le montre l'observation n° 10.

Le grand âge n'est jamais une contre-indication, si

l'état général permet une intervention. Cotte et Creyssel ont opéré en un an 12 malades (1921-1922) :

1 de 62 ans
1 — 64 —
2 — 65 —
3 — 66 —
1 — 69 —
1 — 70 —
2 — 71 —
1 — 74 —

La récente statistique de Combiér et Murard, portait sur 8 opérées dont :

2 de 65 ans
1 — 68 —
1 — 73 —
1 — 75 —
1 — 76 —
1 plus âgée encore

Une avait seulement 47 ans, mais — disent les auteurs — il s'agissait d'une veuve.

Quant aux 10 observations que nous avons recueillies et que l'on trouvera plus loin, elles ont rapport :

1 à une femme de 53 ans
2 à des femmes de 57 ans
2 — — 62 —
1 à une femme de 63 ans

I	—	64	—
I	—	65	—
I	—	70	—
I	—	78	—

Avantages et Inconvénients. - Etude comparative

Nous en avons assez dit pour n'avoir plus ici qu'à résumer les principaux avantages de l'opération de Le Fort. Les auteurs qui l'ont décrite sont d'ailleurs d'accord pour les lui reconnaître :

« Elle est fort simple en théorie, et non moins facile à exécuter qu'à comprendre », dit J.-L. Faure, dans son *Traité de Gynécologie médico-chirurgicale*.

Réalisé suivant la technique que nous avons rappelée ci-dessus tout au long, « le cloisonnement du vagin se distingue, dans la chirurgie du prolapsus, par sa facilité, sa rapidité, sa bénignité. C'est une opération faite toute entière en dehors du vagin et à ciel ouvert, donc *facile*. Elle se borne à une dissection de deux lambeaux muqueux superficiels suivie de suture, elle est donc *courte*, quels que soient le soin et la minutie apportés à son exécution. Déjà plus *bénigne* que les autres méthodes opératoires par cette rapidité même, condition particulièrement importante chez les femmes âgées pour qui compte tant la longueur de l'intervention, elle l'est encore parce que c'est une opération exclusivement « muqueuse »,

aussi peu grave qu'une quelconque plastique cutanée, bien différente à ce point de vue des myorraphies et surtout des interventions par voie abdominale, en position inclinée, avec tous les aléas du choc opératoire ».

Ces lignes, que nous empruntons à Cotte et Creyssel, nous paraissent établir très nettement les nombreux avantages de l'opération de Le Fort, exécutée suivant la technique ci-dessus exposée.

Nous ajouterons que, *plus que tout autre intervention*, de par sa brièveté plus grande et de par ce fait qu'elle porte toute entière sur la muqueuse vaginale, elle paraît susceptible de se prêter à l'anesthésie locale avec de très faibles doses d'anesthésique, ce qui supprime le redoutable imprévu de l'anesthésie générale chez ces femmes âgées. Tous les auteurs sont d'accord sur ce point, et, notamment, Chiffoliau, dans son récent rapport à la Société de Chirurgie, déclare que Combier et Murard le considèrent comme un des traits essentiels de l'opération.

Voilà, certes, à l'actif du cloisonnement du vagin, un ensemble de sérieux avantages.

Et que peut-on lui reprocher ?

En vérité, il semble bien que tous les reproches qui lui ont été faits proviennent de ce qu'on a encore tendance à confondre le cloisonnement du vagin tel qu'il est exécuté actuellement avec le cloisonnement selon la technique initiale de Le Fort.

Nous nous sommes expliqués, une fois pour toutes, sur la question des rapports sexuels. Le cloisonnement du vagin devant être réservé de façon absolue aux fem-

mes qui, non seulement ne sont plus réglées, mais encore ont renoncé au coït, on ne saurait reprocher à l'opération, exécutée dans le cadre de ses indications, de compromettre la vie génitale de la femme. Cela pouvait être imputé à l'opération de Le Fort primitive, mais non pas à celle que l'on pratique maintenant.

Nous pourrions en dire autant de l'autre reproche fait au cloisonnement, à savoir d'être inefficace.

Les auteurs qui ont observé les résultats éloignés d'anciens Le Fort, ont vu parfois qu'un des deux vagins créés par l'intervention s'était distendu au point de rendre presque inutile la cloison médiane, ainsi amincie et rejetée plus ou moins sur un côté. Ils auraient vu aussi des désunions primitives ou secondaires de la cloison. Enfin, ils auraient observé des récives, du fait de l'écoulement du périnée et du déroulement de la partie inférieure du vagin qui, flasque et sans soutien, avait fini par entraîner la cloison artificielle, laquelle, disait Richelot, sort alors tout entière, s'effile et s'atrophie comme si une force active exerçait des tractions pour la rompre.

Ici encore on est bien obligé de convenir que si ces faits fâcheux ont pu être observés, avec le Le Fort ancien, ils ont infiniment moins de chance de se reproduire avec la technique actuelle.

Les désunions primitives ne sont plus connues, et les désunions lointaines n'ont pas encore été observées chez les anciennes opérées qui ont pu être retrouvées. Cela tient, sans aucun doute, à ce que les surfaces d'avivement sont à la fois beaucoup plus larges, et beaucoup

mieux coaptées. Quant au déroulement de la partie inférieure du vagin, c'est-à-dire de celle qui est située, après l'opération, au-dessous de la cloison médiane, il a d'autant moins de chances de se produire qu'en fait cette partie du vagin n'existe plus, les surfaces d'avivement du moderne Le Fort et, par conséquent, la cloison médiane, descendant jusqu'à la vulve. J.-L. Faure, dans le *Traité de Gynécologie médico-chirurgicale* a bien montré que, dans ces conditions, la réunion obtenue, les parois vaginales antérieure et postérieure soudées l'une à l'autre, « la reproduction du prolapsus est impossible ». « Il faudrait, dit-il, pour voir survenir la récurrence, un échec complet de la réunion, ou une rupture de la cicatrice lorsque celle-ci existe ».

Enfin la distension d'un des conduits vaginaux, vraisemblablement due au coït, dans un certain nombre de cas, n'est même pas à envisager avec la technique moderne, qui rend impossible tout coït vaginal.

Quant aux difficultés de l'opération, elles sont, nous l'avons vu, le plus souvent très minimes.

L'opération, avons-nous dit au chapitre de la technique, est d'autant plus facile, que le vagin se laisse plus complètement déplisser, que l'utérus se laisse plus complètement attirer au dehors. C'est presque dire, puisque l'opération est particulièrement indiquée dans le cas de prolapsus ancien et accusé, qu'elle est, somme toute, d'autant plus facile qu'elle paraît plus indiquée.

Les difficultés, et à la vérité elles ne seront pas en général très marquées, proviendront donc de l'existence de vallonnements indéplissables de la muqueuse vagina-

le ; mais il n'y a rien là de particulier à l'opération de Le Fort : tous ceux qui ont tant soit peu pratiqué ou vu pratiquer la chirurgie vaginale savent que c'est là un petit écueil auquel on peut se heurter au cours de toutes les interventions sur cette région.

Les difficultés que l'on peut rencontrer du fait de cicatrices dues à une opération antérieure, au port prolongé d'un pessaire, ne peuvent non plus être imputées à la méthode. On les rencontre surtout dans l'avivement de la surface postérieure. Mais, comme nous le disions plus haut, elles paraissent n'avoir jamais été insurmontables. Toutefois, Cotte et Creyssel signalent qu'au cours d'une de leurs interventions, les manœuvres nécessitées par l'existence de cicatrices amenèrent l'ouverture du cul-de-sac de Douglas. Celui-ci fut d'ailleurs suturé immédiatement et refoulé, sans autre inconvénient.

En somme, on doit dire que si le cloisonnement du vagin nécessite, comme toute intervention chirurgicale, une éducation chirurgicale de l'opérateur, il apparaîtra, à tout chirurgien digne de ce nom, comme une intervention facile dans la très grande majorité des cas.

Il serait encore prématuré, sans doute, d'affirmer que le cloisonnement du vagin, sous sa forme actuelle, ne connaîtra que des succès. Mais, comme le font remarquer Cotte et Creyssel, quelle opération contre le prolapsus n'a pas connu d'échec ? Remarquons toutefois que les observations de Le Fort selon la technique moderne qui commencent à être connues, ne montrent pas

d'échecs immédiats, et que les résultats éloignés, chez les malades qu'on a pu retrouver, sont tous très satisfaisants, comme le faisait prévoir la très judicieuse remarque du professeur J.-L. Faure, citée plus haut.

Remarquons surtout que les avantages de cette opération sont d'autant moins indiscutables qu'ils apparaissent comme infiniment plus certains que ceux de la plupart des autres moyens de traitement qui pourraient être proposés à la catégorie de malades à laquelle elle s'adresse.

Pour ces femmes séniles, à périnée musculaire atrophié, on comprend que l'emploi du pessaire soit « sans effet et même nuisible », ainsi que le dit Douay. Quel que soit l'appareil employé, élastique ou rigide, le point d'appui manque, et l'on doit, si l'on veut voir conserver le pessaire, recourir à des numéros de plus en plus gros, qui distendent de plus en plus le vagin.

Nous ne parlerons même pas des « hystérophores », qui ne sont que des mécaniques barbares.

Il reste l'intervention chirurgicale.

Va-t-on enlever cet utérus? L'hystérectomie vaginale est facile et peu choquante, au dire de ceux qui la pratiquent. Mais après cicatrisation, le prolapsus *vaginal* reparaît.

Les hystéropexies et ligamentopexies ne sont pas indiquées pour ces utérus atrophiés, à ligaments peu résistants ; et d'ailleurs elles seraient aussi illogiques qu'inefficaces : ce n'est pas le poids de ce petit utérus qui refoule le vagin, c'est le vagin qui entraîne l'utérus et le tire vers le bas.

Quant aux colpo-périnéorraphies, tout indiquées chez la femme jeune ou tout au moins encore musclée, elles sont, ici — et les mieux faites — extrêmement infidèles.

Tout le monde est d'accord sur ce point ; et le professeur J.-L. Faure s'exprime avec la plus grande modération, lorsqu'il dit : « Dans les prolapsus invétérés traités par la colpo-périnéorraphie simple, c'est-à-dire en somme, par un simple rétrécissement de la vulve et du vagin, il peut y avoir distension nouvelle et par conséquent récidue ». En fait, beaucoup d'opérateurs pensent que, dans ces cas, la récidue se produit presque inmanquablement. L'étoffe ne tient pas, quelle que soit l'habileté avec laquelle on l'aït recousue.

On a recommandé parfois les vagino-fixations : l'utérus est attiré par une brèche créée dans le cul-de-sac postérieur (FREUND) ou antérieur (WERTHEIM) et fixé dans la cavité vaginale, où il joue, par sa masse, le rôle de pessaire. Nous voyons mal les avantages de cette opération pour les malades qui nous occupent ici ; et nous en voyons assurément tous les inconvénients, qui nous paraissent nombreux.

Le procédé de Schauta, qui incorpore l'utérus dans l'épaisseur de la cloison vésico-vaginale, peut rendre parfois des services. Cotte et Greysel ont dû l'employer pour une malade très âgée, qui refusait de renoncer au coït vaginal. Mais la technique en est difficile et seulement réalisable si le corps utérin est peu volumineux.

En vérité, dans le cas où nous nous plaçons : femme âgée, ayant renoncé au coït, deux opérations seulement s'offrent au chirurgien : le cloisonnement du vagin ou la colpectomie totale.

Cette dernière opération, décrite par Müller de Berne, en 1906, reprise et vulgarisée en France par Savariaud, consiste à aviver toute la paroi vaginale recouvrant le prolapsus, entre deux incisions circulaires tracées l'une sur le col, près de son orifice, l'autre au ras de la vulve ; puis à columniser le vagin par plusieurs étages de sutures, au moyen d'une série de fils serrés en bourse et qui s'étagent de bas en haut, du col vers la base du prolapsus. A chaque suture, l'invagination d'une partie du tissu cruenté se produit. En fin d'opération, l'utérus est *tout entier* enfermé dans la profondeur.

La grosse objection qui a été faite à l'opération de Müller, c'est qu'elle incarcère ainsi dans la profondeur un organe avec sa muqueuse, qui peut sécréter, s'infecter, dégénérer. Cette éventualité est bien rare dans le cas de petit utérus atrophique des vieilles femmes ; mais elle ne peut évidemment jamais être considérée comme impossible.

Desmarets (1) et ses élèves (2) répondent à cette critique d'une façon victorieuse en commençant par enlever l'utérus : l'opération, qui débute par une hystérectomie vaginale, se termine par une colpectomie. Mais il nous semble que la durée de l'opération et peut-être

(1) *Bull. Soc. Chir.*, 11 mai 1920 : Résultats de 10 colpectomies totales. DESMARETS (Rapport de SAVARIAUD) ; et 25 mai 1920 : La colpectomie dans le traitement des grands prolapsus génitaux par LAPOINTE.

(2) De la colpectomie totale. H. DELIVET. *Thèse de Paris* 1920.

même ses difficultés sont, de ce fait, augmentées dans des proportions qui ne permettent plus de comparer exactement ses résultats avec ceux du cloisonnement du vagin.

En réalité, il n'y a qu'une intervention qui pourrait soutenir la comparaison avec le cloisonnement du vagin : c'est la colpectomie totale, conservatrice de l'utérus, suivant la technique de Müller-Savariaud. Comme le cloisonnement du vagin, elle assure la guérison du prolapsus en supprimant le canal vaginal. Mais elle ne peut s'adresser qu'à des utérus *absolument sains*. Peut-être, dans ce dernier cas, pourra-t-on y avoir recours, surtout si la femme désire conserver quelques chances de coït limité ; car, selon Jacob (1), toutes les femmes opérées par ce procédé conservent un rudiment de vagin toujours assez profond pour admettre au moins une partie du pénis.

(1) G. JACOB : Traitement du prolapsus génital des femmes âgées par la colpectomie totale conservatrice de l'utérus. — *La Gynécologie*, avril 1921.

Résultats immédiats et lointains

La description de la technique opératoire du cloisonnement du vagin et les planches que nous y avons jointes, permettent de se faire une idée du résultat immédiat de l'opération. La lecture des observations que nous joignons à cette courte étude, et notamment des observations 8 et 10, qui comportent une description de la région peu de temps après la sortie des malades, nous dispensent de nous appesantir sur ce point.

L'opinion des auteurs quant aux résultats immédiats, est d'ailleurs unanime.

En totalisant la statistique de Cotte et Creyssel, qui porte sur 8 cas, celle de Combier et Murard, qui porte sur 12 cas, et les 10 observations de notre statistique personnelle, on trouve, sur 30 cas traités par le Le Fort modernisé, 30 résultats immédiats très satisfaisants. Or, ces résultats sont obtenus par la pratique de chirurgiens très divers, opérant à Lyon, au Creusot, à Paris, etc., entre 1912 et 1923. La question du résultat immédiat est donc jugée.

Quant aux résultats lointains, qui sont évidemment les seuls que l'on puisse encore contester, on ne pourra nettement les établir que lorsqu'on aura un nombre suffi-

sant d'observations de femmes revues plusieurs années après leur opération. Cette statistique ne peut donc être encore établie.

Cependant, dès maintenant, les chiffres donnés sont de bon augure.

Parmi les 8 malades de Combier et Murard, un certain nombre, 6, ont pu être revues par les opérateurs plusieurs années après l'opération.

Sur ces 6 malades :

3 avaient été opérées 2 ans auparavant.

1 avait été opérée 5 ans —

2 avaient été opérées 10 ans —

Dans ces 6 cas, le résultat éloigné était très satisfaisant.

Nous n'avons malheureusement pas à ajouter à cette statistique des chiffres permettant d'emporter l'opinion, les malades dont nous rapportons l'observation ayant été opérées depuis trop peu de temps.

Cependant l'une d'elle (obs. 2) a été revue par le chirurgien qui l'avait opérée plus de 2 ans après l'intervention : le résultat était excellent.

Il nous semble intéressant de rapporter ici la description que Combier et Murard donnent d'un des deux cloisonnements vaginaux observés par eux plus de dix ans après l'intervention :

« Dans la position couchée la vulve est oblitérée par un rideau de muqueuse, qui reste en grande partie caché entre les grandes lèvres. En écartant celles-ci, on aperçoit de chaque côté l'orifice du couloir latéral, au fond

d'un petit entonnoir. Cet orifice admet seulement une pince de Kocher fermée.

La colonne de soutien vaginale est souple, peu fibreuse, ainsi qu'on peut s'en rendre compte à l'aide de deux doigts placés l'un à la vulve, l'autre dans le rectum. Bien que l'accollement ne soit pas rigide et subisse une impulsion à la toux, il joue néanmoins un rôle de soutien très suffisant : il n'y a pas de hernie vulvaire dans la position couchée. Lors des secousses de toux, l'impulsion fait déplier légèrement la paroi antérieure, la paroi postérieure est mieux maintenue.

L'utérus est perçu à sa place normale.

Dans la position debout, la muqueuse vaginale fait une légère saillie entre les grandes lèvres ; la toux ne détermine qu'un peu de chute de la paroi antérieure.

La miction s'exécute normalement, il n'y a pas de résidu vésical après la miction.

En somme le résultat anatomique et fonctionnel est très suffisant.

On voit que ces constatations sont de nature à corroborer l'opinion de J.-L. Faure qui, dans le *Traité de Gynécologie médico-chirurgicale*, dit :

« Lorsque le vagin a été cloisonné, la cloison ainsi faite forme sous l'utérus une sangle qui ne peut laisser passer l'utérus qu'à condition de se rompre ».

Les résultats des statistiques déjà établies permettent de croire que cette rupture doit être très rare, puisque jusqu'ici elle n'a pas encore été observée.

Observations

Nous donnons, ici, 10 observations qu'il nous a été possible de recueillir et que nous devons à l'obligeance de MM. le professeur J. L. Faure, Deniker, Savariaud, Douay, et René Bloch.

Elles ont trait à des interventions qui, toutes, ont été pratiquées entre 1919 et 1923.

Sur ces 10 opérées, une seule (obs. n° 2) a pu être examinée plus de deux ans après l'opération.

Sans doute ces chiffres ne présentent pas un intérêt aussi net que ceux de Combier et Murard, qui montrent, sur 8 observations, deux résultats permanents au bout de dix ans.

Mais on voudra bien nous tenir compte de ce fait que, d'une part, la faveur retrouvée par le cloisonnement du vagin est, nous l'avons dit, de date récente ; que, d'autre part, il est extrêmement difficile de retrouver, dans l'agglomération parisienne, des opérées qui se considèrent à juste titre comme guéries et ne fréquentent plus volontiers l'hôpital.

Pour l'instant, nous avons dû nous contenter de montrer par ces observations, que le cloisonnement du vagin ne connaît pas d'insuccès immédiats et qu'il est bien, comme il a été dit, *rapide, facile et bénin*.

Nous sommes assurés, pour notre part, que les résultats lointains justifieront les espoirs que les gynécologues qui l'ont pratiquée placent en cette opération ; et nous voulons espérer que les observations qui vont suivre inciteront ceux qui ne l'ont pas encore pratiquée, à y avoir recours.

OBSERVATION I

(M. le Professeur J.-L. Faure)

Mme M. H..., femme V..., 57 ans.

Entre le 28 avril 1919 pour un prolapsus de l'utérus.

Réglée à 12 ans, mariée à 22 ans.

A 24 ans, elle a eu un premier accouchement difficile qui a nécessité une embryotomie, effectuée par M. le Professeur Pinard.

A la suite de son accouchement, elle a présenté un prolapsus génital qui nécessita une périnéorraphie, pratiquée par le Docteur Bouilly.

Dix ans plus tard, elle présenta une hernie ombilicale, qui fut opérée par le Docteur Bouilly.

Malgré sa périnéorraphie, la malade présentait toujours un prolapsus qui progressivement augmentait.

Il y a 4 ans, à la suite d'un effort, son utérus fit hernie hors de la vulve.

Depuis, malgré l'application de pessaires, le prolapsus continua toujours à descendre. Toutes les fois que la malade est debout, l'utérus apparaît, ayant le volume d'une grosse poire.

Notons que, dans la station horizontale, l'utérus réintègre son domicile.

A l'examen : la malade étant couchée, on aperçoit une partie de l'utérus faisant saillie entre la face interne des cuisses au moindre effort.

Dans la station verticale ou après quelques pas à peine, le prolapsus se produit, prolapsus total.

De plus, on constate que le col est parsemé sur ses faces latérales d'ulcérations irrégulières, dues probablement au frottement qu'il exerce contre la face interne des cuisses.

L'examen de l'abdomen montre, en outre, une grosse éven-

tration, permettant l'entrée du poing et faisant entendre à la palpation un gargouillement intestinal.

Opération pratiquée le 7 mai 1919, après cicatrisation des ulcérations par de simples pansements humides, légèrement antiseptiques, sans réduction du prolapsus.

Anesthésie générale au chloroforme.

On pratique un cloisonnement du vagin par le procédé de Le Fort :

On taille deux lambeaux : l'un antérieur, allant du méat au col, l'autre postérieur, de l'anus au col. Ces lambeaux ont 4 cm. de large sur 5 à 6 de long. Le décollement se fait de haut en bas.

Pas d'hémorragie appréciable.

On pratique alors la suture des surfaces cruentées, par point séparés, réunissant, de chaque côté, les bords supérieur et inférieur. Au fur et à mesure de la suture, le prolapsus se réduit, et, finalement, il existe une surface de suture transversale à mi-chemin entre l'anus et le méat et séparée latéralement des grandes lèvres par un orifice.

Pas de soins spéciaux post-opératoires.

Réunion par première intention.

La malade sort le 27 mai, complètement guérie.

OBSERVATION II

(M. le Dr Deniker)

Mme B..., 70 ans, habitant Mennecey (S.-et-O.), a eu trois grossesses sans incidents et paraît en bonne santé.

Le début du prolapsus est difficile à préciser (il s'agit d'une vieille paysanne ne s'occupant pas de sa petite infirmité).

C'est une femme assez grasse, un peu variqueuse, ne présentant pas de hernie.

Cette malade a été examinée au début de novembre 1919.

Nous avons constaté un prolapsus total. La vulve est effondrée. Le col la dépasse légèrement au repos.

Lorsque la malade pousse, le col est chassé au dehors en totalité.

La muqueuse vaginale est en bon état. Le col est un peu gros, non ulcéré, non suintant.

La malade n'a jamais porté de pessaire. L'opération de Lefort, proposée, est acceptée.

Intervention le 14 novembre 1919, à la Clinique Vercingétorix, anesthésie à l'éther.

La technique est exactement celle décrite par Cotte. Les lambeaux sont taillés très loin, jusqu'au ras de l'urètre en haut, de la fourchette en bas ; des sutures sont faites au catgut.

Par mesure de précaution nous avons écouvillonné le col à la teinture d'iode avant de fermer le vagin.

Les suites opératoires sont parfaites. La malade sort de la clinique le 15^e jour.

Nous avons, pendant 3 mois, reçu de ses nouvelles, qui furent satisfaisantes.

Mme B... a été revue en 1921 (après deux ans) à l'occasion de troubles gastriques dus à un néoplasme gastrique volumineux, inopérable, sur lequel la malade n'avait jamais appelé l'attention et qui avait évolué d'une manière très rapide. (Mort quelques mois plus tard).

Au point de vue spécial qui nous occupe, la cicatrice vaginale était épaisse et solide ; des sécrétions légères suintaient par les deux rigoles. Excellent résultat fonctionnel.

OBSERVATION III

(M. le Professeur J.-L. Faure)

Mme D..., 62 ans.

Entre à la clinique gynécologique le 20 février 1920.

Cette malade a déjà été hystérectomisée antérieurement (Hystérectomie vaginale).

A l'examen, on constate un prolapsus plus gros que le poing, sortant par la vulve, rouge, turgescant, et parsemé d'ulcérations légères.

On la laisse au repos quelques jours avec des pansements humides.

Opérée le 3 mars 1920. Anesthésie au Schleich.

On pratique un cloisonnement du vagin, qui est d'exécution difficile étant donné l'absence de col.

Résultat parfait ; et la malade sort le 25 mars, guérie.

OBSERVATION IV

(M. le Professeur J.-L. Faure)

Mme H..., 62 ans.

Cette malade, entrée le 10 juin 1920, présente depuis 7 à 8 ans un prolapsus total.

A l'examen, on constate des ulcérations péri-cervicales et un écoulement métritique par l'orifice du col.

La malade est laissée au repos et désinfectée localement pendant une quinzaine de jours.

L'opération est alors pratiquée : étant donné la turgescence et le mauvais état du col, on en pratique l'amputation circulaire, suivie d'un cloisonnement vaginal par le procédé de Le Fort. Lambeaux antérieur et postérieur ayant 4 cm. de large et 5 à 6 de long. La malade sort guérie 20 jours après.

OBSERVATION V

(Service de M. le Professeur J.-L. Faure)

Mme J..., 53 ans.

Entrée le 14 janvier 1921 pour prolapsus total.

Opérée le 20 janvier (anesthésie à l'éther) : on pratique un cloisonnement vaginal par le procédé de Le Fort.

Le résultat paraît excellent ; lorsque, le 21^e jour après l'opération, la malade fait une pneumonie.

OBSERVATION VI

(Communiquée par M. le Dr Douay ; Service de M. le Professeur J.-L. Faure).

Mme Veuve M..., 65 ans.

Cette malade présente un prolapsus total depuis 4 à 5 ans, avec ulcérations cervicales. Après cicatrisation de ces ulcérations, on intervient.

Opération le 17 juin 1922. Anesthésie locale à la cocaïne.

On attire d'abord le col le plus possible hors de la vulve avec une pince de Museux.

On pratique alors l'excision d'un lambeau rectangulaire antérieur, allant du méat au col, de 4 cm. de large sur 6 de long, puis un second lambeau postérieur de même dimension.

On suture ensuite les 2 surfaces avivées antérieure et postérieure par des surjets étagés, placés à 1 cm. de distance les uns des autres.

Notons, consécutivement, l'apparition d'une congestion pulmonaire, qui cesse au bout du 8^e jour. La malade sort guérie, en parfait état local, le 20^e jour.

OBSERVATION VII

(M. le Professeur J.-L. Faure)

Mme L..., 57 ans.

Entre à l'hôpital pour un prolapsus total, le 19 juin 1922.

Opérée le 1^{er} juillet ; anesthésie générale.

Cloisonnement du vagin par le procédé de Le Fort. Bon résultat.

OBSERVATION VIII

(M. le Dr Savariaud)

Mme P..., femme H..., 64 ans, habitant St-Denis.

Femme de 64 ans, quelque peu *démence*, présentant un prolapsus incomplet mais *ulcéré*. Une des ulcérations a un diamètre d'une pièce de 2 francs. Un traitement antiseptique préalable est pratiqué. Le prolapsus a débuté par la paroi postérieure. L'utérus et la vessie ont été entraînés secondairement.

Opérée le 3 janvier 1923. — Rachianesthésie très bien supportée. L'opération de Le Fort est pratiquée ; c'est-à-dire excision d'un lambeau rectangulaire sur chaque paroi. Pour la paroi postérieure, la dissection commence à la *fourchette* et finit au col. Sur les côtés, l'incision est tracée au moyen d'une valve étroite qui tend la paroi. Sur la paroi antérieure le lambeau est tracé en sens inverse, c'est-à-dire du cul-de-sac antérieur vers le méat.

Sutures à points espacés. Sonde à demeure.

Opération *facile et bénigne*, remplaçant l'orifice vulvaire par un plan cutané, et laissant deux orifices minuscules par où vont s'écouler les sécrétions utérines.

Chez cette femme, la recherche des releveurs eût été périlleuse autant qu'inutile, le rectum faisant une forte saillie.

Il n'a été fait aucune périnéorraphie.

Durée de l'opération : 35 minutes.

Pas de traitement spécial consécutif.

Le 23 janvier 1923, 20 jours après l'opération, la vulve a revêtu un aspect infantile. L'ancienne fourchette se trouve à 2 cm. à peine du méat. Entre les deux existe une cloison muqueuse de 7 mm. de large, de chaque côté de laquelle s'ouvrent deux pertuis. Ces orifices latéraux conduisent chacun dans un petit cul-de-sac qui admet, non sans peine, l'extrémité du 5^e doigt. Une sonde de Nelaton n° 20, introduite dans le conduit de gauche, pénètre jusqu'au fond du vagin à une profondeur de 10 cm.

Du côté droit, la sonde bute et s'arrête à 5 cm. Une injection poussée dans le canal de gauche, ne semble point revenir par celui de droite.

Pendant l'effort, le vagin ne change pas d'aspect. Le résultat est excellent et les troubles *mentaux* se sont certainement améliorés.

OBSERVATION IX

*(Communiquée par M. le Dr Douay ; Service
de M. le Professeur J.-L. Faure)*

Mme Veuve L., 78 ans.

Entre à l'hôpital pour un prolapsus total, datant de 20 ans. N'a eu qu'un enfant, à 17 ans.

Lorsque la malade est debout depuis quelques heures, le matin, l'utérus sort de la vulve.

D'où gêne de la marche, gêne de la miction, gêne de la station assise.

De plus, ce prolapsus entraîne des douleurs dans le ventre et des tiraillements douloureux dans la région lombaire.

A l'examen, on trouve un col sénile légèrement ulcéré, un utérus bas.

On réunit les bords des releveurs qui sont très écartés.

On laisse cicatriser les ulcérations.

Opérée le 29 janvier 1923.

Prolapsus total avec périnée assez bon.

Anesthésie locale à la novocaïne-adréraline.

Excision d'un lambeau quadrilatère de la paroi vaginale postérieure, de 6 centimètres sur 4, environ.

Excision d'un lambeau de même forme et de mêmes dimensions sur la paroi antérieure.

Puis, on pratique l'accolement des deux surfaces ainsi avivées par des points d'angle et des surjets.

L'anesthésie locale est assez bonne. Peu de sang, mais les tractions sur le col, pour amener cet organe plus en dehors, sont douloureuses.

Les suites sont très bonnes.

La malade se lève au 15^e jour.

Sortie le 16^e jour, la cicatrisation étant suffisante.

OBSERVATION X

(Communiquée par M. le D^r René Blôch. Service de chirurgie de Sainte-Anne)

Mme L. F..., veuve B..., 63 ans.

Malade en traitement pour maladie mentale (Idées de persécution avec réaction mélancolique).

Atteinte de prolapsus utérin depuis 1878, après son premier enfant.

Depuis ce moment a été traitée par différents moyens : pessaires, ceintures, etc..., sans aucun résultat.

A son arrivée dans le service de chirurgie de Sainte-Anne, on constate un prolapsus total.

De chaque côté du col on voit une ulcération étendue de la largeur d'une pièce de 5 francs.

Avant d'opérer, on traite ces ulcérations par des pansements humides au permanganate de potasse à 1 pour 4.000, renouvelés deux fois par jour et sans réduction du prolapsus, la malade étant maintenue au lit.

La cicatrisation complète est obtenue par ce procédé en 3 semaines.

Opérée le 4 avril 1923, par M. le Dr René Bloch ; anesthésie rachidienne par 6 centimètres cubes de scurocaïne.

L'utérus est attiré complètement au dehors par une pince de Museux. On taille alors un lambeau antérieur et postérieur comme pour une colpographie, mais de 3 centimètres et demi de large et s'élevant en hauteur sur toute l'étendue de la paroi vaginale. Les lambeaux sont taillés en allant de la périphérie vers le col.

Pas d'hémorragie gênante.

On suture alors les bords latéraux de l'avivement par des points séparés placés chacun à 1 centimètre de distance. Après chaque point, le col est refoulé plus profondément, et l'on continue jusqu'à ce que le dernier point atteigne la vulve.

Nous n'avons pas pratiqué d'accolement spécial des surfaces avivées. On ne pratique pas la suture des releveurs, qui sont d'ailleurs inexistantes.

Suites opératoires normales, et aucun traitement post-opératoire.

Nous avons nous-même, avec le Dr René Bloch, examiné cette malade 2 mois 1/2 après l'opération. Voici ce que nous avons constaté :

La distance entre la fourchette et le méat est très légèrement diminuée. Au centre de la vulve, on constate une cicatrice étoilée parfaitement constituée et résistante.

Latéralement à cette cicatrice on voit 2 orifices : le droit

arrondi, assez grand ; le gauche, en fente verticale et beaucoup plus petit.

L'orifice droit permet l'introduction de l'extrémité du médius, l'orifice gauche ne permet l'introduction que de l'extrémité de l'auriculaire.

Toutefois l'on constate que ces orifices sont assez extensibles.

La tonicité de la cicatrice est parfaite ; malgré les efforts répétés la suture ne bouge pas et le doigt qui palpe ne sent aucune impulsion.

Nous avons exploré les conduits : à droite une sonde de Nelaton de calibre moyen pénètre facilement sur une longueur de 7 centimètres et demi ; à gauche, une sonde plus petite pénètre également sur 7 centimètres et demi.

Nous avons fait passer, au moyen d'une seringue de Guyon, une certaine quantité d'eau stérilisée dans la sonde de droite, elle est ressortie nettement par la sonde du côté opposé en jet continu.

La même manœuvre est pratiquée du côté gauche et donne le même résultat.

Il existe donc, de chaque côté de la cicatrice médiane, un canal communiquant avec l'orifice cervical et permettant le drainage parfait des sécrétions utérines. La cavité utérine n'est pas transformée en cavité close.

Conclusions

Le cloisonnement du vagin est une opération qui mérite d'être proposée toutes les fois qu'on se trouve en présence d'un prolapsus marqué, chez une femme dont la vie génitale est complètement éteinte.

Dans ces circonstances, les seules contre-indications sont :

L'irréductibilité du prolapsus ou la persistance à son niveau de lésions inflammatoires sérieuses, les conditions cliniques étant appréciées après une période suffisante de repos et de soins locaux ;

L'existence de lésions graves de l'appareil génital, inflammatoires ou néoplasiques ;

Un état général très précaire ; ou une affection chronique de l'appareil respiratoire, entraînant des quintes de toux violentes.

La technique actuelle du cloisonnement du vagin diffère sensiblement, par l'étendue des surfaces avivées et coaptées, de l'opération anciennement décrite par Le Fort, à qui revient toutefois la paternité de l'idée même du cloisonnement vaginal et de son exécution « à ciel ouvert ».

Exécuté dans le cadre de ses indications, le cloisonnement vaginal se distingue, dans la chirurgie du prolapsus, par sa facilité, sa rapidité, sa bénignité ; et le fait que, plus que tout autre procédé, il se prête à l'anesthésie locale.

Les résultats immédiats du cloisonnement du vagin sont excellents. Les résultats éloignés paraissent devoir être très satisfaisants.

Vu le Doyen *Vu le Président,*

ROGER. J.-L. FAURE.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

APPELL.

Bibliographie

ANDRÉ. — Thèse Paris 1889 : Du traitement du prolapsus utérin par l'opération de Lefort (cloisonnement du vagin). Résultats immédiats. Conséquences éloignées.

BRUNET. — Thèse Paris 1883 : Du traitement de la chute de la matrice par le cloisonnement du vagin — Procédé de M. le professeur Le Fort.

Bulletin de la Société de Chirurgie, 11 et 25 mai 1920.

11 mai 1920 : Résultats de 10 colpectomies totales (Rapport de M. Savariaud ;

25 mai 1920 : La colpectomie dans le traitement du prolapsus (M. Lapointe).

Bulletin de la Société de Chirurgie de Paris. Séances du 16 mai 1923 et suivantes. T. XLIX, n° 17 et suivants.

COTTE et CREYSEL. — Traitement du prolapsus génital des vieilles femmes par le cloisonnement du vagin (opération de Le Fort). — *Journal de Chirurgie*, 1922, Tom. XX, n° 2, page 145.

DELIVET. — Thèse Paris 1920 : De la Colpectomie totale.

DESMARETS. — Résultats de la Colpectomie totale pour grands prolapsus génitaux. — *Soc. de Chirurgie de Paris*, 11 mai 1920 et *Gynécologie*, févr. 1921.

DOUAY. — *Gynécologie et obstétrique*, 1920, T. II, n° 4, p. 258.

J.-L. FAURE et SIREDEY. — *Traité de gynécologie médico-chirurgicale*. — Doin, 3^e édition, p. 425.

W. E. FOTHERGILL. — Les résultats d'opérations de plastie vaginale pour prolapsus vaginal. *British Congress of obst. and gyn.*, juin 1921. — C. R. in *Brit. Med. Journ.*, 18 juin 1921, p. 892.

JACOB. — Traitement du prolapsus génital des femmes âgées par la colpectomie totale conservatrice de l'utérus. *Thèse de Paris* 1921 ; et in *La Gynécologie*, avril 1921, p. 193.

LENORMANT et PETIT-DUTAILLIS. — Amputation haute du col utérin, combinée à la colpectomie (opération de Bouilly) dans le traitement des prolapsus génitaux. — *Journal de Chirurgie*, T. XII, n° 4, avril 1914, et : *La Gynécologie*, avril 1914.

SOKOLOFF. — *Annales de Gynécologie*, 1885 : sur les résultats de la Clinique du Professeur Slavjansky à St-Petersbourg.

CHARLES E. TAFT. — *The international Journal of Medical Science*, 1889.

Limoges Imp. Commerciale Perrette



